



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

77.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 27 DE MAYO-1 DE JUNIO DE 2024

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2024**

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	– Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ONUDI	– Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ASEAN	– Asociación de Naciones de Asia Sudoriental	ONUSIDA	– Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
CIIC	– Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer	OPS	– Organización Panamericana de la Salud
FAO	– Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	PMA	– Programa Mundial de Alimentos
FIDA	– Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola	PNUD	– Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
FMI	– Fondo Monetario Internacional	PNUMA	– Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
JIFE	– Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	UIT	– Unión Internacional de Telecomunicaciones
OACI	– Organización de Aviación Civil Internacional	UNCTAD	– Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
OCDE	– Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos	UNESCO	– Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
OIEA	– Organismo Internacional de Energía Atómica	UNFPA	– Fondo de Población de las Naciones Unidas
OIM	– Organización Internacional para las Migraciones	UNICEF	– Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OIT	– Organización (Oficina) Internacional del Trabajo	UNODC	– Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
OMC	– Organización Mundial del Comercio	UNRWA	– Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OMI	– Organización Marítima Internacional		
OMM	– Organización Meteorológica Mundial		
OMPI	– Organización Mundial de la Propiedad Intelectual		
OMSA	– Organización Mundial de Sanidad Animal		

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palacio de las Naciones de Ginebra, del 27 de mayo al 1 de junio de 2024, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 153.^a reunión.¹

¹ Decisión EB153(10) (2023).



ÍNDICE

	Página
Introducción	iii
Orden del día	ix
Lista de documentos	xv
Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones	xxi

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA77.1	14.º Programa General de Trabajo 2025-2028	3
WHA77.2	Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar.....	4
WHA77.3	Fortalecimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial antes, durante y después de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo.....	8
WHA77.4	Aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos	14
WHA77.5	Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	19
WHA77.6	Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales	26
WHA77.7	Fortalecimiento de la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio.....	31
WHA77.8	Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales.....	35
WHA77.9	Iniciativa Mundial de Salud y Paz.....	40
WHA77.10	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.....	42
WHA77.11	Licencia parental	43

		Página
<u>WHA77.12</u>	Fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos.....	44
<u>WHA77.13</u>	Aspectos económicos de la salud para todos.....	49
<u>WHA77.14</u>	Cambio climático y salud	54
<u>WHA77.15</u>	Armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas	59
<u>WHA77.16</u>	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental.....	60
<u>WHA77.17</u>	Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública mediante enmiendas específicas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)	64
Decisiones		
<u>WHA77(1)</u>	Composición de la Comisión de Credenciales	130
<u>WHA77(2)</u>	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 77. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	130
<u>WHA77(3)</u>	Elección de la Mesa de las comisiones principales	130
<u>WHA77(4)</u>	Establecimiento de la Mesa de la Asamblea.....	131
<u>WHA77(5)</u>	Adopción del orden del día.....	131
<u>WHA77(6)</u>	Verificación de credenciales.....	131
<u>WHA77(7)</u>	Elección de Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo	132
<u>WHA77(8)</u>	Elaboración de una estrategia y un plan de acción mundiales para la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias, 2026-2035.....	132
<u>WHA77(9)</u>	Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones.....	132
<u>WHA77(10)</u>	Examen Universal de la Salud y la Preparación	133
<u>WHA77(11)</u>	Informe sobre los resultados de 2023 (presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023	134
<u>WHA77(12)</u>	Informe del Comisario de Cuentas	134
<u>WHA77(13)</u>	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS	134
<u>WHA77(14)</u>	Actualización sobre el Fondo para Infraestructura	135

		Página
<u>WHA77(15)</u>	Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS	135
<u>WHA77(16)</u>	Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona	135
<u>WHA77(17)</u>	Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia	136
<u>WHA77(18)</u>	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado.....	137
<u>WHA77(19)</u>	Propuesta de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.....	142
<u>WHA77(20)</u>	Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	142

ANEXOS

<u>1.</u>	Prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035	145
<u>2.</u>	Texto modificado del párrafo 6.2 del Estatuto del Personal	153
<u>3.</u>	Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones, 2024-2030: medidas, indicadores y metas a nivel nacional/subnacional y de establecimientos de salud.....	154
<u>4.</u>	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud	177

ORDEN DEL DÍA¹

SESIÓN PLENARIA

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de Presidente
 - 1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
 - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 153.^a y 154.^a y sobre su séptima reunión extraordinaria
3. Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General
4. [Suprimido]
5. [Suprimido]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea de la Salud

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión²
- Pilar 1: Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas
11. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto
 - 11.1 Cobertura sanitaria universal

¹ Se adoptó en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 11.2 Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
 - Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- 11.3 Proyecto de plan de acción mundial para la prevención y el control de las infecciones
- 11.4 Agenda de Inmunización 2030
- 11.5 Estrategia Fin a la Tuberculosis
- 11.6 Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030
- 11.7 Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la salud materna y la mortalidad infantil
- 11.8 Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales

12. Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030

Pilar 2: Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas

- 13. Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública
 - 13.1 Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
 - 13.2 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - 13.3 Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - 13.4 Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias
- 14. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto
 - 14.1 Labor de la OMS en emergencias sanitarias
 - 14.2 Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)
 - 14.3 Iniciativa Mundial de Salud y Paz
 - 14.4 Poliomielitis
 - Erradicación de la poliomielitis
 - Planificación de la transición relativa a la poliomielitis y la poscertificación

14.5 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico

Pilar 3: Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas

15. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

15.1 Determinantes sociales de la salud

15.2 Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño

15.3 [transferido a la Comisión B]

15.4 [transferido a la Comisión B]

15.5 [transferido a la Comisión B]

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

16. Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025

17. Proyecto de 14.º programa general de trabajo 2025-2028

18. Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS

COMISIÓN B

19. Apertura de la Comisión¹

20. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

21. Asuntos presupuestarios y financieros

21.1 Informe sobre los resultados de 2023 (Presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023

21.2 [Suprimido]

21.3 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

21.4 [Suprimido]

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 21.5 [Suprimido]
- 21.6 [Suprimido]
- 22. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 22.1 Informe del Comisario de Cuentas
 - 22.2 Informe del Auditor Interno
 - 22.3 Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
- 23. Asuntos de personal
 - 23.1 Recursos humanos: informe anual
 - 23.2 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
 - 23.3 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
 - 23.4 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
- 24. Asuntos administrativos, jurídicos y de gobernanza
 - 24.1 Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales
 - 24.2 Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS
 - 24.3 Plan de aplicación de la reforma de la Secretaría
- 25. Actualización sobre el Fondo para Infraestructura
 - Estrategia de renovación de los edificios de Ginebra y proyectos de edificación regionales
- 26. Acuerdos con organizaciones intergubernamentales
- 27. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
- 28. Actualizaciones y futuros informes: fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona
- 29. Asuntos para información: informes sobre los progresos realizados

Pilar 1: Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas

- A. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual (resolución WHA75.20 (2022))

- B. Preparativos para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal (resolución WHA72.4 (2019))
- C. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12 (2004))
- D. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))
- E. Atención oftálmica integrada y centrada en la persona, incluidas la ceguera y la discapacidad visual prevenibles (resolución WHA73.4 (2020))
- F. Trasplante de órganos y tejidos humanos (decisión WHA75(18) (2022))
- G. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos (decisión WHA75(17) (2022))
- H. Dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas (decisión WHA75(20) (2022))

Pilar 2: Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas

- I. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (resolución WHA64.5 (2011))
- J. Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos (resolución WHA75.7 (2022))

Pilar 3: Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas

- K. Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos (decisión WHA75(22) (2022))
- L. Reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos: prevención y control de las infecciones (decisión WHA75(23) (2022))
- M. Resultados de la Cumbre de los PEID para la Salud: Por un futuro saludable y resiliente en los pequeños Estados insulares en desarrollo (resolución WHA75.18 (2022))
- N. Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (resolución WHA75.14 (2022))

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

- O. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25 (2007))

Pilar 2: Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas

14. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

14.1 Labor de la OMS en emergencias sanitarias

14.2 Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)

Pilar 3: Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas

15. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

15.3 Promoción del bienestar y la salud

15.4 Cambio climático, contaminación y salud

- Efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana
- Cambio climático y salud

15.5 Economía y salud para todos

LISTA DE DOCUMENTOS

A77/1 Rev.1	Orden del día ¹
A77/1 Add.1	Propuesta de punto suplementario del orden del día
A77/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 153. ^a y 154. ^a y sobre su séptima reunión extraordinaria
A77/3	Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General
A77/4	Informe consolidado del Director General ²
A77/5	Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales Prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035 ³
A77/6	Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030
A77/7	Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
A77/8, A77/8 Add.1, A77/8 Add.2, A77/8 Add.3 y A77/8 Add.4	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A77/9	Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A77/10	Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias
A77/11	Labor de la OMS en emergencias sanitarias Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública
A77/12	Labor de la OMS en emergencias sanitarias Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental

¹ Véase la página ix.

² Véanse los anexos 2 y 3.

³ Véase el anexo 1.

A77/13	Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)
A77/14	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025
A77/15	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 Presentación de informes sobre eficiencias operacionales
A77/16	Proyecto de 14.º programa general de trabajo 2025-2028
A77/17	Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS
A77/18	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado Resumen del apoyo y la asistencia técnica relacionada con la salud prestados al pueblo palestino en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, desde el 1 de enero hasta el 7 de octubre de 2023
A77/19	Informe sobre los resultados de 2023 e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023 Informe sobre los resultados de 2023 (Presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño)
A77/20	Estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023
A77/21	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
A77/22	Informe del Comisario de Cuentas
A77/23	Informe del Auditor Interno
A77/24	Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
A77/25	Recursos humanos: informe anual
A77/26	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal
A77/27 Rev.1	Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS
A77/27 Rev.1 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹

¹ Véase el anexo 4.

LISTA DE DOCUMENTOS

A77/28	Plan de aplicación de la reforma de la Secretaría
A77/29	Actualización sobre el Fondo para Infraestructura Estrategia de renovación de los edificios de Ginebra y proyectos de edificación regionales
A77/29 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A77/30	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
A77/30 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A77/31	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A77/32	Actualizaciones y presentación de informes en el futuro: fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona
A77/32 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A77/33 y A77/33 Add.1	Asuntos para información: informes sobre los progresos realizados
A77/34	Proyecto de 14.º programa general de trabajo 2025-2028 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud
A77/35	Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud
A77/36	Informe sobre los resultados de 2023 (Presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud
A77/37	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud

¹ Véase el anexo 4.

- A77/38 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/39 Informe del Comisario de Cuentas
Informe del Auditor Interno
Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/40 Plan de aplicación de la reforma de la Secretaría
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/41 Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/42 Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/43 Recursos humanos: informe anual
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/44 Actualización sobre el Fondo para Infraestructura
Estrategia de renovación de los edificios de Ginebra y proyectos de edificación regionales
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A77/45 Primer informe de la Comisión A (Proyecto)
- A77/46 Comisión de Credenciales
- A77/47 Primer informe de la Comisión B (Proyecto)
- A77/48 Elección de Miembros facultados para designar a una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
- A77/49 Segundo informe de la Comisión A (Proyecto)
- A77/50 Segundo informe de la Comisión B (Proyecto)
- A77/51 Tercer informe de la Comisión A (Proyecto)

LISTA DE DOCUMENTOS

A77/52 Tercer informe de la Comisión B (Proyecto)

A77/53 Cuarto informe de la Comisión B (Proyecto)

Documentos de información

A77/INF./1 Premios

A77/INF./2 Contribuciones voluntarias por fondo y por contribuidor, 2023

A77/INF./3 Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Documentos varios

A77/DIV./1 Rev.1 Lista de delegados y otros participantes (en inglés y francés)

A77/DIV./2 Guía para los delegados en la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud

A77/DIV./3 Lista de decisiones y resoluciones

A77/DIV./4 Lista de documentos

MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES¹

Presidente

Dr. Edwin DIKOLOTI (Botswana)

Vicepresidentes

Dr. Frank C.S. ANTHONU (Guyana)

Dra. JEE Youngmee (República de Corea)

Dr. P.G. MAHIPALA (Sri Lanka)

Dra. Ala NEMERENCO (República de
Moldova)

Dr. Ali Haji Adam ABUBAKAR (Somalia)

Secretario

Dr. Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Director General

Comisión de Credenciales

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Albania, Bhután, Eslovaquia, Guinea-Bissau, Haití, Irán (República Islámica del), Kirguistán, Madagascar, Mongolia, Uganda, Uruguay y Vanuatu.

Presidenta: Sra. Elena JABLONICKA
(Eslovaquia)

Vicepresidente: Sr. Orgil
BURENTUVSHIN (Mongolia)

Secretario: Sr. Xavier DANNEY, Oficial
Jurídico Superior

Mesa de la Asamblea de la Salud

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Bahamas, Bélgica, Bolivia (Estado Plurinacional de), Burundi, China, Cuba, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos de América, Francia,

Guinea, Guinea Ecuatorial, Mónaco, Mozambique, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Singapur, Sudán del Sur y Tayikistán.

Presidente: Dr. Edwin DIKOLOTI (Botswana)

Secretario: Dr. Tedros Adhanom
GHEBREYESUS, Director General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 34 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidente: Sr. Apurva CHANDRA (India)

Vicepresidentes: Sra. Katarzyna DRAŹEK-
LASKOWSKA (Polonia)

Sr. Alexandre Peña GHISLENI (Brasil)

Relator: Sr. Lombo Emma TIAHO (Burkina
Faso)

Secretario: Sr. Ian ROBERTS, Coordinador,
Biblioteca y Redes de Información para
el Conocimiento

Comisión B

Presidente: Dr. Feras HAWARI (Jordania)

Vicepresidentes: Dr. Masami SAKOI (Japón)
Sr. James NGANGO (Rwanda)

Relatora: Sra. Marcela Arias MONCADA
(Honduras)

Secretaria: Sra. Ivana MILOVANOVIC, Jefa
Superior de Políticas, Oficina del Enviado del
Director General para Asuntos Multilaterales

REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO

Dra. Hanan Mohamed AL KUWARI (Qatar)
Dra. Élia A.A. dos Reis AMARAL (Timor-Leste)

¹ Además, la lista de los delegados y otros participantes figura en el documento A77/DIV./1 Rev.1.

RESOLUCIONES Y DECISIONES

RESOLUCIONES

WHA77.1 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028

La 77.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de 14.º programa general de trabajo 2025-2028;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que la aprobación del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028 no implica la aprobación de la estimación financiera contenida en el mismo,

1. APRUEBA el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028;
2. INSTA a los Estados Miembros a que apoyen la labor encaminada al logro de los objetivos estratégicos y los efectos conjuntos del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028 y a que faciliten su ejecución participando activamente en la ronda de inversiones en la OMS a finales de 2024;
3. PIDE al Director General:
 - 1) que utilice el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028 como base para la orientación estratégica de la planificación, el establecimiento de prioridades, el seguimiento y la evaluación de la labor de la OMS durante el periodo 2025-2028 y que, en consulta con los Estados Miembros, elabore presupuestos por programas basados en una evaluación realista de los ingresos y de la capacidad de la OMS;
 - 2) que preste orientación y apoyo a las oficinas regionales y en los países sobre la ejecución del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, teniendo en cuenta distintos contextos;
 - 3) que movilice, facilite y propicie la labor de los asociados hacia el logro de los efectos conjuntos del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028;
 - 4) que, a la hora de ejecutar el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, tome en consideración la evolución de la salud en el mundo y que mantenga informados a los Estados Miembros de los progresos;

¹ Documento A77/16, anexo.

² Documento A77/34.

5) que informe a la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 164.^a reunión, de los progresos realizados durante el periodo de vigencia del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, primer informe)

WHA77.2 Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Reafirmando el principio consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; la meta 16.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades; y la importancia de crear un entorno seguro y propicio en pro de la participación social para la cobertura sanitaria universal, en el que se respeten los principios de igualdad, equidad y no discriminación;³

Recordando la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal de 2023,⁴ que promueve enfoques participativos e inclusivos de la gobernanza de la salud para lograr la cobertura sanitaria universal, en particular mediante el estudio de modalidades con las que potenciar un enfoque pansocial significativo y la participación social, en las que estén implicadas todas las partes interesadas pertinentes, como las comunidades locales, el personal de salud y asistencial del sector de la salud, los voluntarios, las organizaciones de la sociedad civil y la juventud, para idear, implementar y examinar la cobertura sanitaria universal, con el objeto de fundamentar sistemáticamente las decisiones que afectan a la salud pública para que las políticas, los programas y los planes respondan mejor a las necesidades individuales y comunitarias de salud, fomentando al mismo tiempo la confianza en los sistemas de salud;

Reiterando la importancia de empoderar a las personas y a las comunidades como parte del enfoque de la atención primaria de salud, que incluye la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración e implementación de políticas y planes que repercutan en la salud, de conformidad con lo dispuesto en la Declaración de Astaná, que la Asamblea de la Salud acogió con beneplácito en su resolución WHA72.2 (2019) y que se basa en la Declaración de Alma-Ata (1978);

Profundamente preocupada por el recrudecimiento de las inequidades en el seno de los países y entre ellos debido a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), el cambio climático y los conflictos, así como por unos progresos insuficientes para abordar todos los determinantes de la equidad

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

³ Véase la resolución 78/4 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴ Anexo de la resolución 78/4 de la Asamblea General.

en materia de salud y el bienestar¹ y los factores estructurales que influyen en ellos,² y recordando la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), en la que se señala la promoción de la participación en la formulación e implementación de políticas como una de las cinco esferas de actividad que son críticas para abordar las inequidades en materia de salud, y se adquiere el compromiso de fomentar e incrementar en todos los niveles la integración y transparencia en la adopción e implementación de decisiones y la rendición de cuentas en materia de salud y de gobernanza de la salud, en particular mediante la mejora de la participación pública, y de adoptar medidas para potenciar el papel de las comunidades y reforzar la contribución de la sociedad civil a la formulación e implementación de políticas con el fin de posibilitar su participación efectiva;

Recordando la necesidad de promover la participación de todas las mujeres³ y de todas las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y/o de marginación,⁴ incluidas, entre otras, las personas con discapacidad⁵ y los Pueblos Indígenas,⁶ en los procesos de toma de decisiones sobre salud, a fin de que las políticas y planes relacionados con la salud respondan a sus necesidades durante toda la vida, en cuanto que estrategia para cumplir la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de llegar primero a los que están más rezagados y avanzar en la igualdad de género;⁷

Tomando nota de la importancia de una implicación comunitaria a largo plazo y sostenida para garantizar la confianza y unas intervenciones de salud pública eficaces;⁸ expresando preocupación por la erosión de la confianza, en particular durante la pandemia de COVID-19, así como por las consecuencias negativas sobre la salud mental y física de las personas de la información errónea, la desinformación, el discurso de odio y la estigmatización relacionados con la salud difundidos en múltiples plataformas de medios de comunicación; y recordando la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias;⁹

Reconociendo los esfuerzos de la OMS por fortalecer su propio compromiso con la sociedad civil en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países, entre otras cosas, mediante iniciativas como la Comisión de la Sociedad Civil de la OMS, el Consejo Juvenil de la OMS, los Diálogos entre las Organizaciones de la Sociedad Civil y el Director General de la OMS y el Equipo de Tareas *ad hoc* sobre la Colaboración entre la OMS y la Sociedad Civil, que complementan la participación social en la adopción de decisiones en materia de salud en los países;

¹ Incluidos, entre otros, los determinantes sociales, comerciales, económicos y culturales.

² Los factores estructurales están relacionados con la gobernanza, los marcos de políticas y las normas culturales que dan lugar a los determinantes sociales de la salud.

³ Véase la resolución 58/142 (2003) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴ Esta formulación está en consonancia con la redacción utilizada en la resolución 76/136 (2021) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre la promoción de la integración social mediante la inclusión social – «personas que pertenecen a grupos vulnerables o marginados o se encuentran en situaciones vulnerables o de marginación».

⁵ Véase la resolución WHA74.8 (2021).

⁶ Véase la resolución WHA76.16 (2023).

⁷ Véase la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁸ Véase la resolución WHA73.8 (2020).

⁹ Anexo de la resolución 78/3 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Tomando nota de la definición de la OMS de participación social como el empoderamiento de las personas, las comunidades y la sociedad civil mediante una participación inclusiva en los procesos de adopción de decisiones que afectan a la salud en todo el ciclo normativo y en todos los niveles del sistema;^{1,2}

Tomando nota asimismo de los esfuerzos de la OMS por elaborar orientaciones técnicas prácticas sobre la participación social;³

Tomando nota además de la variedad de mecanismos de participación social⁴ para facilitar un diálogo bidireccional entre los gobiernos y las personas, las comunidades y la sociedad civil que puedan implementarse en formato virtual o presencial, y la importancia de una combinación de mecanismos pertinentes para lograr una participación amplia y significativa que pueda mejorar la salud y el bienestar;

Reconociendo que empoderar a las personas, las comunidades y la sociedad civil para una participación equitativa, diversa e inclusiva implica fortalecer sus capacidades para que se impliquen de manera significativa, financiar su participación, valorar las experiencias que han vivido y que están viviendo y abordar los desequilibrios de poder al concebir espacios participativos;

Tomando nota de la necesidad de prevenir, gestionar y mitigar los conflictos de intereses a fin de defender la integridad de la participación social a través de la representación legítima y garantizar que los intereses privados y personales no anulen los objetivos de salud pública;

Tomando nota asimismo del hecho que las políticas públicas y la legislación pueden ser de ayuda para implementar, financiar y mantener la participación social para la salud y el bienestar, promover la transparencia y facilitar la representación inclusiva, equitativa y diversa de la población;

Tomando nota además de la importancia del seguimiento y la evaluación de la participación social en los países, en particular en lo que respecta a la calidad de la implicación, a quiénes pertenecen los intereses representados y si las recomendaciones influyen en las decisiones de más alto nivel que afectan a la salud y el bienestar y, en caso afirmativo, de qué manera y hasta qué punto;

Subrayando la importancia de implementar, fortalecer y mantener una participación social periódica y significativa en las decisiones relacionadas con la salud en todo el sistema para fomentar el respeto y la confianza mutuos, con el fin de que puedan aprovecharse durante las emergencias sanitarias y otras

¹ *Social participation for universal health coverage: technical paper*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375276>), consultado el 1 de enero de 2024.

² El ciclo normativo incluye el análisis de la situación, el establecimiento de prioridades, la planificación, la presupuestación, la implementación, el seguimiento, la evaluación y el examen de los progresos, a nivel local, subnacional y nacional. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549745>), consultado el 10 de noviembre de 2023.

³ *Voz, agencia, empoderamiento – Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240027794>), consultado el 29 de agosto de 2024.

⁴ Se entiende por espacio participativo aquel en el que las personas se reúnen física o virtualmente para interactuar entre sí. El término «mecanismo de participación social» abarca las distintas modalidades, técnicas, instrumentos y métodos que los organizadores emplean para promover la comunicación y el debate en un espacio participativo. *Voz, agencia, empoderamiento – Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240027794>), consultado el 29 de agosto de 2024.

crisis que tienen consecuencias para la salud, como parte de un enfoque pansocial a fin de fortalecer la confianza, la preparación, la respuesta y la resiliencia;¹

Reconociendo la importante contribución que la participación social y unos servicios comunitarios de salud robustos pueden hacer a la mejora de la prestación de servicios de salud, la promoción de la salud, la transmisión de conocimientos en materia de salud, la resiliencia frente a las emergencias sanitarias, una comunicación de los riesgos y una participación de la comunidad eficaces; a la lucha contra la reticencia a la vacunación; al tratamiento de los determinantes sociales de la salud; al fomento del envejecimiento saludable; a la aceleración de los progresos hacia Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud; y a la promoción de la igualdad de género, la equidad en materia de salud y la justicia;

1. INSTA a los Estados Miembros² a que implementen, fortalezcan y mantengan una participación social periódica y significativa en las decisiones relacionadas con la salud en todo el sistema, según proceda, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, mediante:

- 1) el fortalecimiento de las capacidades del sector público para concebir e implementar una participación social significativa;
- 2) la posibilitación de una participación equitativa, diversa e inclusiva, prestando especial atención a la promoción de las voces de todas las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y/o de marginación;
- 3) esfuerzos encaminados a garantizar que la participación social influya en una toma de decisiones transparente en materia de salud a lo largo del ciclo normativo, en todos los niveles del sistema;
- 4) la implementación y el mantenimiento de una participación social periódica y transparente a través de una serie de mecanismos apoyados por políticas públicas y leyes;
- 5) la asignación de recursos del sector público suficientes y sostenibles en apoyo de una participación social eficaz;
- 6) la facilitación del fortalecimiento de la capacidad de la sociedad civil para propiciar una participación social diversa, equitativa, transparente e inclusiva;
- 7) el apoyo a la investigación conexa y la puesta en marcha de proyectos y/o programas piloto, con su correspondiente seguimiento y evaluación, para promover la implementación de la participación social;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) abogar por la implementación periódica y sostenida de una participación social significativa tanto en el sector de la salud como en otros sectores y organizaciones multilaterales que afectan a la equidad en materia de salud y al bienestar, como medio para acelerar el progreso

¹ Véanse, entre otras, las resoluciones WHA73.1 (2020) y WHA73.8, la resolución 48/2 (2021) del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la resolución 78/3 de la Asamblea General.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

equitativo hacia la cobertura sanitaria universal, la seguridad en materia de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud;

- 2) elaborar orientaciones técnicas e instrumentos operacionales para fortalecer y sostener la participación social, incluido el seguimiento y la evaluación de su implementación en los países, y proporcionar capacitación y apoyo técnico a petición de los Estados Miembros;
- 3) documentar, publicar y difundir las experiencias de los Estados Miembros en la implementación de una participación social significativa a través de diferentes tipos de mecanismos, en diferentes etapas del ciclo normativo y en diferentes niveles del sistema;
- 4) facilitar la puesta en común y el intercambio periódicos de las experiencias de los Estados Miembros en lo que respecta a la participación social;
- 5) armonizar el apoyo técnico relativo a la participación social entre las divisiones de la OMS y los tres niveles de la Organización;
- 6) informar a la Asamblea de la Salud en 2026, 2028 y 2030 sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, segundo informe)

WHA77.3 Fortalecimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial antes, durante y después de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Reafirmando el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

Recordando la resolución 77/300 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mental y apoyo psicosocial, la resolución 52/12 (2023) del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre salud mental y derechos humanos, y la resolución 2668 (2022) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, en la que se destacaba la importancia de los servicios de salud mental para el personal de las operaciones de mantenimiento de la paz;

Reafirmando la resolución 46/182 (1991) de la Asamblea General de las Naciones Unidas y las resoluciones posteriores, incluida la resolución 78/119 (2023), sobre el fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de las Naciones Unidas;

Recordando las resoluciones WHA64.10 (2011) sobre el fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud; WHA65.20 (2012) sobre la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

y WHA73.1 (2020) sobre la respuesta a la COVID-19, así como la decisión WHA74(14) (2021) sobre la preparación en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19 y respuesta conexa;

Tomando nota de la adopción, en la XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, de la resolución 33IC/19/R2 (2019) sobre la atención a las necesidades psicosociales y de salud mental de las personas afectadas por conflictos armados, catástrofes naturales y otras emergencias;

Tomando nota también de la función del Comité Permanente entre Organismos de formular orientaciones sobre cuestiones humanitarias¹ y de las directrices e instrumentos intersectoriales pertinentes que ha publicado, incluido el Paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial;

Tomando nota asimismo del llamamiento interinstitucional conjunto para que se actúe en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial² de 2020 y de la función del Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, que apoya la coordinación intersectorial en los países, las guías normativas y la capacidad de respuesta rápida;

Reconociendo el papel del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, adoptado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA65.4 (2012) y actualizado en su decisión WHA74(14), reafirmando sus metas y objetivos, y observando que las necesidades psicosociales y de salud mental de las personas afectadas por los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo requieren medidas que van más allá de las identificadas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS;

Profundamente preocupada por el hecho de que las personas con afecciones de salud mental y necesidades psicosociales, que son especialmente vulnerables a los efectos de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo, siguen siendo objeto, de forma generalizada, de discriminación, estigmatización, estereotipos, prejuicios, violencia, abusos, exclusión y segregación sociales, desatención, privación de libertad ilegal y arbitraria, institucionalización, medicalización excesiva y prácticas terapéuticas que no respetan sus derechos humanos;

Subrayando la importancia de poner en marcha servicios integrados de salud mental de calidad que estén disponibles y sean accesibles y asequibles para todos, incluso en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables, así como la necesidad de aplicar, mediante la capacitación y la normalización de los servicios, enfoques basados en la evidencia y prácticas óptimas a la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial, la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y la prevención de las afecciones de salud mental y las conductas nocivas, la adicción o el suicidio;

Tomando nota del *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*, de la OMS, en el que, sobre la base de la evidencia más reciente, se pone de relieve por qué y dónde es más necesario el cambio y se recomienda la mejor manera de lograrlo, a fin de intensificar el valor y el compromiso otorgados a la salud mental y el bienestar psicosocial, remodelar los entornos que influyen en la salud mental y el bienestar psicosocial y fortalecer los sistemas de salud mental, en particular en entornos humanitarios y de emergencia;

¹ Véase la resolución 46/182 de la Asamblea General.

² Joint interagency call for action on MHPSS 2020. Ginebra, Comité Permanente entre Organismos, 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-12/Joint%20Interagency%20Call%20for%20Action%20on%20MHPSS%202020.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2023.

Expresando su profunda preocupación por el aumento de las necesidades insatisfechas en materia de salud mental y apoyo psicosocial de las personas afectadas por conflictos armados, desastres naturales y provocados por el ser humano y emergencias sanitarias y de otro tipo, y observando que las afecciones preexistentes pueden resurgir o exacerbarse, y subrayando la urgente demanda de que se redoblen los esfuerzos para prepararse y responder ante esas necesidades mediante la prevención, la mitigación, la promoción, la protección y la asistencia;

Reconociendo que la salud mental y el bienestar psicosocial son fundamentales para la supervivencia, la recuperación y el funcionamiento cotidiano de las personas afectadas por conflictos armados, desastres naturales y provocados por el ser humano y emergencias sanitarias y de otro tipo, para el disfrute por estas de sus derechos humanos y libertades fundamentales y para su acceso a la protección y la asistencia;

Tomando nota de los seis principios básicos del Comité Permanente entre Organismos en lo que respecta a la explotación y los abusos sexuales;¹

Reconociendo las repercusiones negativas a largo plazo de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo en el desarrollo humano, social y económico y en la salud mental y el bienestar psicosocial, especialmente cuando los limitados recursos humanos y financieros, la fragilidad de las infraestructuras y las vulnerabilidades socioeconómicas agravan las dificultades con que se ven confrontadas las personas para acceder a los servicios y el apoyo;

Reconociendo también, en particular, el alto riesgo que corren los niños, las mujeres, los cuidadores, las personas con discapacidad y los supervivientes de todas las formas de violencia, incluida la violencia de género, así como otras personas que se encuentran en situaciones de marginación y vulnerabilidad a lo largo del curso de sus vidas;

Reconociendo además los efectos graves y polifacéticos de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo en la salud mental de los niños y las personas jóvenes, que corren un riesgo desproporcionado de pasar por experiencias potencialmente traumáticas y otras situaciones de estrés, incluida la exposición a la violencia y la pérdida, y la perturbación de su desarrollo cognitivo y emocional, así como un agravamiento de la exclusión social, y haciendo hincapié en la urgente necesidad de prestar atención y adoptar medidas concertadas para reducir su sufrimiento y mejorar su salud mental y bienestar psicosocial;

Reconociendo asimismo los efectos profundos y duraderos de los conflictos armados en la salud mental y el bienestar psicosocial de los excombatientes, los niños vinculados a fuerzas armadas y grupos armados y los prisioneros de guerra, así como los problemas singulares a que se enfrentan para reintegrarse en la sociedad y superar la estigmatización asociada a sus experiencias; y, a este respecto, haciendo hincapié en la importancia de atender a sus necesidades específicas de salud mental y psicosociales, y reconociendo la importancia de prestar servicios integrales para apoyar su recuperación psicológica;

Reconociendo igualmente que es preciso atender a las necesidades psicosociales y de salud mental de los refugiados, los desplazados internos y los migrantes, en consonancia con las capacidades y políticas nacionales, así como la importancia de emprender medidas activamente para hacer frente a las

¹ Véase el informe del Equipo de Tareas del Comité Permanente entre Organismos sobre Protección contra la Explotación y los Abusos Sexuales en las Crisis Humanitarias, del 13 de junio de 2002, Plan de acción, sección I.A (https://pseatactaskforce.org/uploads/tools/reportofthetfonpseainhumanitarianriseshincludesproposedplanofaction_iasctaskforceonpseainhumanitariancrises_spanish.pdf), consultado el 22 de octubre de 2024.

desigualdades de género y a las distintas necesidades y oportunidades mediante políticas y enfoques que promuevan la participación significativa en la sociedad y la igualdad de género;

Haciendo hincapié en la necesidad imperiosa de reforzar los sistemas de salud en los países y garantizar la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial aceptables, de calidad y sostenibles, accesibles y asequibles, que no solo aborden las necesidades inmediatas, sino que, además, fomenten la resiliencia a largo plazo y de esa manera contribuyan a la recuperación integral de las personas y comunidades afectadas, lo cual es crucial para lograr una cobertura sanitaria universal que otorgue a la salud mental un valor y una prioridad iguales a los de la salud física, y el acceso a servicios de calidad y asequibles;

Reconociendo que la salud mental y el bienestar psicosocial del personal de ayuda humanitaria, de la salud y asistencial, así como de los voluntarios, se suelen ver afectados por condiciones de trabajo muy agobiantes que con frecuencia los exponen a riesgos y a eventos y situaciones de estrés potencialmente traumáticos, y que su seguridad, protección, salud y bienestar son vitales para prestar servicios de calidad; y reconociendo la importancia del liderazgo en la esfera de la salud mental, en particular para asegurar las capacidades y aptitudes requeridas en los servicios de salud mental y psicosociales, así como para apoyar la resiliencia;

Reconociendo también que las tecnologías digitales seguras, incluidos los enfoques de autoayuda de calidad y la telemedicina, pueden contribuir sustancialmente a los esfuerzos nacionales orientados a lograr una cobertura sanitaria universal que otorgue a la salud mental el mismo valor y prioridad que a la salud física, y mejorar el acceso a los servicios de salud mental, teniendo en cuenta al mismo tiempo la protección de datos y la ética durante su desarrollo y aplicación;

Tomando nota de la labor y las correspondientes iniciativas del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otros organismos y partes pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, así como del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las organizaciones regionales, los Estados, las organizaciones humanitarias y otros agentes dedicados a satisfacer las necesidades psicosociales y de salud mental, y destacando la importancia de coordinar la respuesta, en particular en lo que respecta al intercambio de información con otros agentes locales e internacionales en función de las necesidades locales y los recursos disponibles;

Reconociendo que las emergencias, a pesar de su carácter trágico y sus efectos adversos en la salud mental, ofrecen oportunidades singulares para construir mejores sistemas de atención de salud mental para todas las personas que la necesitan,

1. INSTA a los Estados Miembros, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales:

- 1) a seguir aplicando el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, integrando sus metas y objetivos para fortalecer la salud mental y el apoyo psicosocial antes, durante y después de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo en sus estrategias de salud y asistenciales, planes de inversión y programas en los niveles nacional y subnacional;
- 2) a incluir la salud mental y el apoyo psicosocial como un componente integral de las actividades de preparación, respuesta y recuperación en todas las emergencias y en diferentes sectores, en particular los de la salud, la protección, la educación, la vivienda, la alimentación, el agua, el saneamiento, la higiene y los medios de subsistencia, basándose en evaluaciones de las

necesidades¹ y teniendo en cuenta, según proceda, las disposiciones del Paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial del Comité Permanente entre Organismos;

3) a invertir, en consonancia con el contexto nacional, a largo plazo en servicios locales y comunitarios para prevenir las necesidades psicosociales y de salud mental, prepararse y darles respuesta, en particular mediante el fortalecimiento de la resiliencia local y comunitaria y de las capacidades del personal local, incluidas las capacidades para detectar a las personas con afecciones de salud mental y necesidades psicosociales y orientarlas hacia el nivel adecuado de salud mental y apoyo psicosocial a través de sistemas oficiales de derivación;

4) a mejorar la coordinación con el fin de atender dichas necesidades y garantizar que las respuestas en materia de salud mental y apoyo psicosocial incluyen una serie de servicios y apoyos complementarios, como los enfoques de autoayuda comunitaria, las tecnologías digitales seguras, la atención de la salud mental integrada en los servicios generales de salud, el apoyo psicosocial y para la salud mental en las escuelas y los servicios sociales, y los servicios especializados en salud mental;

5) a estimular y facilitar el establecimiento de grupos de trabajo técnicos intersectoriales sobre salud mental y apoyo psicosocial a nivel de país en entornos de emergencia para apoyar la coordinación y la colaboración entre sectores; a elaborar estrategias de respuesta integral para la salud mental y el apoyo psicosocial, en particular en los planes nacionales de preparación y respuesta para casos de desastre; a supervisar la calidad de la respuesta integrada; y a recabar e integrar las enseñanzas extraídas;

6) a respaldar la salud mental y el apoyo psicosocial como un componente integral de los sistemas nacionales de respuesta a emergencias, incluidos el derecho relativo a los desastres, la gestión de riesgos o los planes de preparación y los mecanismos de coordinación de la respuesta de emergencia, y a apoyar la inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial en los sistemas internacionales de respuesta, teniendo en cuenta, según proceda y en consonancia con el contexto nacional, la nota técnica sobre la vinculación de la reducción del riesgo de desastres y la salud mental y el apoyo psicosocial del Comité Permanente entre Organismos;²

7) a adoptar medidas para hacer frente a todas las formas de discriminación, estigmatización y exclusión relacionadas con la salud mental y las necesidades psicosociales en las emergencias, incluidas las de todas las mujeres y las niñas, mediante enfoques que sean participativos, respeten la dignidad y el consentimiento informado y refuercen el acceso equitativo de las personas afectadas, en particular las personas que han vivido esas experiencias;

¹ La evaluación de las necesidades incluye evaluaciones de los impactos, los recursos, los riesgos y los puntos vulnerables (evaluación multisectorial inicial rápida del Comité Permanente entre Organismos [MIRA]. Ginebra, Comité Permanente entre Organismos, 2015 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-needs-assessment-task-force/iasc-multi-clustersector-initial-rapid-assessment-mira-manual-2015>), consultado el 29 de agosto de 2024.

² Nota técnica sobre la vinculación de la reducción del riesgo de desastres (RRD) y la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS): herramientas prácticas, enfoques y estudios de caso. Ginebra, Comité Permanente entre Organismos, 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>), consultado el 22 de octubre de 2024.

- 8) a adoptar medidas para proteger y promover la salud mental y el bienestar psicosocial de los trabajadores humanitarios y de la salud y asistenciales, incluidos los voluntarios, elaborando y aplicando políticas institucionales (por ejemplo, relacionadas con la seguridad, la supervisión, el descanso, la discriminación y el acoso, incluidas las conductas sexuales indebidas) que protejan su salud mental, dotando al mismo tiempo a dichos trabajadores y voluntarios, así como a sus directivos, de las competencias, herramientas y supervisión necesarias para hacer frente a situaciones estresantes y respondiendo a sus necesidades específicas psicosociales y de salud mental;
- 9) a tratar de movilizar y asignar recursos sostenibles y previsibles a la salud mental y el apoyo psicosocial a través de canales nacionales, bilaterales y multilaterales, incluidas la cooperación internacional y la asistencia para el desarrollo, así como alianzas, en particular con el sector privado;
- 10) a apoyar la continuación de la educación y la integración del apoyo psicosocial y para la salud mental en las escuelas y los entornos educativos, teniendo en cuenta, según proceda, las disposiciones pertinentes del Paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial del Comité Permanente entre Organismos, a contribuir a un aprendizaje eficaz y adaptado para proteger de los efectos negativos y duraderos de las emergencias, y a aumentar las capacidades y las competencias del profesorado y el personal docente para que comprendan los entornos difíciles y les hagan frente mejor, así como para que reconozcan la necesidad de apoyo psicosocial y en materia de salud mental en niños de diversas edades;
- 11) a abordar las necesidades de salud mental a largo plazo, estén o no relacionadas con una emergencia inmediata, aprovechando la oportunidad de utilizar las emergencias y la preparación frente a ellas como catalizador de la reforma de los servicios de salud mental convirtiendo la atención a corto plazo a la salud mental y el bienestar psicosocial en un impulso para el establecimiento de sistemas de salud que ofrezcan apoyo psicosocial y en materia de salud mental basado en la comunidad sostenible y de calidad.

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) apoyar las iniciativas que conmemoran el 10 de octubre como Día Mundial de la Salud Mental, en particular en el caso de las personas afectadas por emergencias, y colaborar con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes y alentarlas a que consideren la posibilidad de adoptar medidas adecuadas en ese sentido;
- 2) proporcionar orientación y asesoramiento técnicos a los Estados Miembros, previa petición, en apoyo de la aplicación del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, especialmente en lo que respecta a subsanar los desafíos relacionados con la puesta en marcha de servicios integrados de salud mental y apoyo psicosocial para todas las personas;
- 3) velar por que la OMS tenga la capacidad y los recursos a todos los niveles para facilitar la coordinación interinstitucional sobre salud mental y apoyo psicosocial con el fin de apoyar a los Estados Miembros;
- 4) apoyar a los Estados Miembros haciendo que la salud mental y el apoyo psicosocial sean un aspecto crucial de la preparación e integrándolos en todos los pilares de las distintas actividades de la OMS de respuesta y recuperación frente a emergencias, así como en los grupos, sectores y mecanismos pertinentes de coordinación humanitaria, con el apoyo de líneas presupuestarias específicas dentro de los presupuestos asignados e indicadores, y con la guía, según proceda, del Paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial del Comité Permanente entre Organismos;

- 5) apoyar el fortalecimiento de las capacidades de evaluación e investigación en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de crisis humanitaria para garantizar la adopción de medidas e intervenciones de apoyo basadas en la evidencia;
- 6) apoyar a los Estados Miembros en la gestión del riesgo de emergencias y desastres, y en las acciones de preparación y disposición operativa en relación con la salud mental y el apoyo psicosocial con el fin de reforzar las capacidades en materia de salud mental y apoyo psicosocial durante las emergencias de una manera que contribuyan a la puesta en marcha de servicios de salud mental sostenibles, en particular servicios comunitarios, dentro del sistema de salud;
- 7) informar sobre los progresos alcanzados en la aplicación de la presente resolución y sobre la aplicación del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 actualizado, que fue refrendado por la Asamblea de la Salud en su decisión WHA74(14), con un informe anual que se presentará a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, desde 2025 hasta 2031, como complemento de la petición de incluir la salud mental en los informes consolidados sobre enfermedades no transmisibles, formulada por la Asamblea de la Salud en su decisión WHA72(11) (2019) relativa al seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, segundo informe)

WHA77.4 Aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Recordando las resoluciones WHA40.13 (1987), relativa a la preparación de un instrumento legal para reglamentar los trasplantes de órganos humanos, WHA42.5 (1989), relativa a la prevención de la compra y la venta de órganos humanos, WHA44.25 (1991), relativa al trasplante de órganos humanos, WHA57.18 (2004), relativa al trasplante de órganos y tejidos humanos, y WHA63.22 (2010), relativa al trasplante de órganos y tejidos humanos (en la que se aprueba la actualización de los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos);³

Tomando nota de las iniciativas de las regiones de la OMS para hacer avanzar la aplicación de las resoluciones vigentes sobre trasplantes, incluidas las del Comité Regional de la OMS para las Américas⁴ y el Comité Regional de la OMS para África;⁵

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

³ Véase el documento WHA63/2010/REC/1, resolución WHA63.22 (2010) y anexo 8.

⁴ Véanse, por ejemplo, el documento CD57/11 y la resolución CD57.R11 (2019).

⁵ Véase, por ejemplo, el documento AFR/RC70/12.

Tomando nota del informe de la Secretaría referido a los principios sobre la donación y la gestión de sangre, componentes sanguíneos y otros productos médicos de origen humano, que promueve el respeto de la dignidad humana, la disponibilidad y seguridad y la buena gobernanza;¹

Acogiendo con satisfacción la resolución 77/236 (2022) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, relativa al fortalecimiento y la promoción de medidas eficaces y de la cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos;

Tomando nota de la Resolución de Madrid sobre donación y trasplante de órganos (2011), resultante de la Tercera Consulta Mundial de la OMS sobre Donación y Trasplante de Órganos, en la cual se formulan recomendaciones para que los países puedan responder cada vez en mayor medida a las necesidades de trasplantes de los pacientes;

Sabedora de que el trasplante es hoy la alternativa terapéutica preferente, cuando no la única, para pacientes afectados de insuficiencia orgánica en fase terminal, de que las aplicaciones clínicas de células y tejidos humanos son también de ayuda para otras muchas enfermedades y de que esos tratamientos dependen de la donación altruista de células, tejidos y órganos;

Consciente de que, pese a la prioridad otorgada por muchos Estados Miembros a las estrategias de prevención, la carga de enfermedades no transmisibles que son tratables mediante trasplante sigue aumentando, a la par que lo hace, a igual ritmo, la necesidad de trasplantes de células, tejidos y órganos humanos;

Teniendo presente que el hecho de facilitar el acceso a trasplantes de células, tejidos y órganos humanos puede reducir la mortalidad prematura asociada a enfermedades no transmisibles y otras dolencias, mejorar la calidad de vida de miles de pacientes en todo el mundo y ayudar a las comunidades a reducir los elevados costos que entrañan las modalidades de tratamiento alternativas;

Observando que el hecho de ampliar el acceso a tratamientos por trasplante podría contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular de las metas 3.4 (reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles) y 3.8 (lograr la cobertura sanitaria universal);

Sabedora de que, pese a los avances habidos en los dos últimos decenios, los trasplantes no están plenamente desarrollados en todos los Estados Miembros, lo que hace que el acceso a los tratamientos por trasplante no sea ni universal ni equitativo, problema este que afecta a los países con independencia de su nivel de desarrollo;²

Observando con preocupación que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) incidió profunda y negativamente en las actividades de donación y trasplante, poniendo así de relieve la necesidad de estudiar la inclusión de los tratamientos por trasplante en los planteamientos destinados a conferir más resiliencia a los sistemas de atención de salud;

Convencida de que el acceso insuficiente a los tratamientos por trasplante es una de las causas de fondo de la trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos, prácticas que socavan los derechos humanos y entrañan graves riesgos para la salud pública;

¹ Documento A70/19.

² Véase el documento A75/41.

Alarmada por el hecho de que los conflictos armados, los desastres naturales y las emergencias humanitarias estén alimentando las migraciones, sobre todo entre las poblaciones desfavorecidas y las que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, lo que acrecienta el riesgo de trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos y exacerba la desigualdad de acceso a los tratamientos basados en células, tejidos y órganos humanos;

Observando con preocupación la incompleta aplicación de los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos, sobre todo por lo que respecta a la transparencia en la notificación de datos y a la supervisión que las autoridades de salud ejercen sobre las prácticas de trasplante;

Sabedora de que, cada vez más, las innovaciones tecnológicas aplicables a células, tejidos y órganos humanos están posibilitando planteamientos terapéuticos que, por el singular origen de estos novedosos tratamientos, requieren reglamentaciones específicas en las que se preste especial atención a las consideraciones éticas,¹

1. INSTA a los Estados Miembros a que, con arreglo a sus contextos nacionales:

- 1) instituyan estrategias de prevención, o las refuercen cuando ya existan, para reducir la carga de enfermedades no transmisibles y otras enfermedades tratables mediante trasplante;
- 2) integren las donaciones, los trasplantes y la labor de seguimiento de los trasplantes en los sistemas de atención de salud, de tal modo que la donación tras fallecimiento sea contemplada sistemáticamente como una posibilidad al final de la vida y los trasplantes pasen a formar parte del proceso continuo de atención dispensada a los pacientes con enfermedades no transmisibles y otras enfermedades o dolencias que se puedan tratar de esta manera, instaurando para ello políticas que promuevan la cobertura sanitaria universal y eliminen los obstáculos económicos para acceder a servicios de salud esenciales que sean de calidad, seguros, eficaces y asequibles;²
- 3) protejan a los donantes vivos exigiendo un consentimiento informado y una adecuada evaluación médica y psicosocial y también prestando una atención de seguimiento apropiada;
- 4) aumenten la disponibilidad de células, tejidos y órganos humanos para trasplantes, procurando especialmente desarrollar la donación tras fallecimiento para aprovechar al máximo sus posibilidades terapéuticas, lo que incluye las donaciones tras determinación de la muerte cerebral y, cuando proceda, las donaciones tras determinación de la muerte circulatoria, en consonancia con los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos;
- 5) establezcan, cuando proceda, una cooperación internacional oficial para el intercambio de células, tejidos y órganos humanos o servicios de trasplante, basada en los principios de reciprocidad y solidaridad, como medio de facilitar el acceso universal a los tratamientos por trasplante;
- 6) elaboren e implanten ordenamientos normativos coherentes con los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos, en particular alentando la donación como acto altruista, voluntario y no remunerado y promoviendo un acceso equitativo a los tratamientos por trasplante;

¹ *WHO Expert Committee on Biological Standardization: seventy-seventh report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, n.º 1048) (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373128/9789240078116-eng.pdf?sequence=1>), consultado el 29 de agosto de 2024.

² Véase la resolución 78/4 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

- 7) designen autoridades y refuercen su capacidad para instrumentar en sus respectivas jurisdicciones la gobernanza y realización de las labores de donación y trasplante;
- 8) garanticen que las actividades de donación y trasplante discurran en centros específicamente autorizados, acreditados o registrados y establezcan medidas de control, tales como inspecciones, ya sean periódicas o basadas en el nivel de riesgo, y la obtención y puntual comunicación de datos sobre cada procedimiento de donación y trasplante, incluidos los trasplantes realizados a residentes de otras jurisdicciones;
- 9) promuevan la seguridad y eficacia de los trasplantes reuniendo datos sobre los resultados constatados en los receptores y los donantes vivos; realizando actividades de biovigilancia y las correspondientes labores de vigilancia; dotándose de capacidad para seguir el rastro de células, tejidos y órganos del donante al receptor, o viceversa; y alentando el uso de sistemas de codificación de células, tejidos y órganos humanos coherentes a escala mundial;
- 10) estudien la posibilidad de incluir las donaciones y los trasplantes en los planes nacionales y regionales de preparación destinados a conferir más resiliencia a los sistemas de atención de salud y a facilitar una respuesta eficaz a las necesidades de trasplante en eventuales situaciones de crisis;
- 11) adopten medidas para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos y para proteger a las víctimas y supervivientes de estos delitos reforzando los ordenamientos legislativos; imponiendo protocolos clínicos de evaluación psicosocial de los eventuales donantes vivos; haciendo que profesionales de la salud, gobiernos y demás partes interesadas participen en la notificación a las autoridades judiciales de casos sospechosos o comprobados de trata o tráfico; promoviendo la cooperación internacional; e investigando y reuniendo datos sobre las tendencias observadas en ambos delitos;
- 12) promuevan la investigación y la innovación para maximizar el uso y optimizar los resultados del trasplante de células, tejidos y órganos humanos y también para posibilitar la aparición de tratamientos alternativos a los que reposan en el uso clínico de células, tejidos y órganos humanos;
- 13) instituyan marcos normativos aplicables a los tratamientos innovadores obtenidos a partir de células, tejidos y órganos sensiblemente manipulados que garanticen la protección de donantes y receptores, y persigan un acceso equitativo a esos novedosos tratamientos y a sistemas de atención de salud sostenibles;
- 14) participen en las consultas organizadas por la OMS para elaborar una estrategia mundial sobre donaciones y trasplantes; y
- 15) consideren la posibilidad de apoyar debidamente a la OMS en relación con la aplicación de la presente resolución;

2. PIDE al Director General que:

- 1) preste asistencia técnica a cuantos Estados Miembros la soliciten para elaborar textos legislativos y reglamentarios nacionales acordes con los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos; evaluar sus necesidades en materia de trasplantes; establecer o fortalecer organismos nacionales; dotarse de mayor capacidad para aumentar la disponibilidad de células, tejidos y órganos; e implantar programas de trasplante éticos, eficaces y seguros;
- 2) ayude a los Estados Miembros que lo soliciten a dotarse de mayor capacidad reguladora para poder supervisar eficazmente las prácticas de donación y trasplante, en particular siguiendo de cerca y evaluando tanto el funcionamiento de los programas de trasplante como los resultados observados en donantes y receptores;
- 3) siga reuniendo, analizando y poniendo a disposición de los Estados Miembros datos de alcance mundial sobre textos legislativos y reglamentarios referidos a la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, sobre las prácticas en la materia y sobre su seguridad, calidad, eficacia, epidemiología y aspectos éticos;
- 4) revise los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos para dotarlos de principios adicionales que respondan a los nuevos interrogantes éticos que plantean los avances científicos en este campo, en particular principios destinados a salvaguardar el valor intrínseco de los productos y tratamientos novedosos que se obtengan a partir de células, tejidos y órganos humanos;
- 5) prosiga e intensifique la cooperación con organismos de las Naciones Unidas, en particular la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, mecanismos interinstitucionales, ministerios de los Estados Miembros y demás interlocutores competentes para mejorar, a escala nacional, regional y mundial, la capacidad de respuesta a los casos que se detecten de trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos;
- 6) proporcione a los Estados Miembros, en colaboración con las principales asociaciones profesionales internacionales y demás interlocutores pertinentes, indicaciones de referencia sobre el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos y por criterios circulatorios;
- 7) elabore, en consulta con Estados Miembros, organizaciones no gubernamentales y demás interlocutores pertinentes, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales y ateniéndose a los recursos existentes, una estrategia mundial sobre donaciones y trasplantes que ayude a los Estados Miembros a integrar la donación y el trasplante en los sistemas de atención de salud y promueva la aplicación de los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos, y someta dicha estrategia a la consideración de la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión;
- 8) estudie más a fondo, como parte de la estrategia mundial mencionada en el párrafo 2 7) de la parte dispositiva, y con arreglo a los criterios que rigen actualmente para los días mundiales de la salud, la viabilidad y el posible impacto de la proclamación de un día mundial del donante para lograr que la opinión pública tenga más conciencia y una mejor comprensión de la necesidad de la donación altruista de células, tejidos y órganos humanos y para impulsar una labor a escala mundial de los Estados Miembros encaminada a estructurar sistemas adecuados de donación y trasplante, teniendo en cuenta la existencia de otras manifestaciones relacionadas con el tema en las que esté participando la OMS o que tengan establecidas otras entidades internacionales;

- 9) instituya, de conformidad con el Reglamento de los cuadros y comités de expertos, un comité de expertos que ayude a la Secretaría a elaborar la estrategia mundial propuesta sobre donaciones y trasplantes, y respalde su aplicación;
- 10) presente en 2026 a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión, un informe recapitulativo sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, así como sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA63.22.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, segundo informe)

WHA77.5 Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Reconociendo que la cobertura sanitaria universal es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y el bienestar, en particular sus metas 3.1 y 3.2 sobre la mortalidad materna, neonatal e infantil, y contribuirá a hacer realidad el disfrute del más alto nivel posible de salud y bienestar físicos y mentales y a conseguir un mundo más equitativo y sostenible;³

Recordando los compromisos mundiales para alcanzar de aquí a 2030 las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3.1 sobre mortalidad materna (reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos, sin que ningún país tenga una tasa de mortalidad materna superior al doble de la media mundial) y 3.2 sobre mortalidad neonatal e infantil (poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal a un máximo de 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años a un máximo a 25 por cada 1000 nacidos vivos);

Reconociendo que los Objetivos de Desarrollo Sostenible tienen por objeto hacer efectivos los derechos humanos de todos, sin dejar a nadie atrás y llegando primero a los más rezagados mediante, entre otras cosas, el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas;⁴

Subrayando que, sobre la base de las tendencias actuales, es probable que más de cuatro de cada cinco países (el 80 %) no alcancen su meta nacional de mortalidad materna, 64 países no alcancen la meta de mortalidad neonatal y 59 países no alcancen la meta de mortalidad de menores de 5 años para 2030; y que en esos países es necesario adoptar medidas taxativas, urgentes y coordinadas dirigidas por los países y que permitan corregir el rumbo en relación con la supervivencia de las madres, los recién nacidos y los niños para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

³ Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, Nueva York, Naciones Unidas, 2019 (<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/311/88/pdf/n1931188.pdf>), consultado el 27 de agosto de 2024.

⁴ Véase la resolución WHA72.4 (2019).

Profundamente preocupada por el hecho de que, pese a las considerables mejoras registradas en los resultados de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en los últimos decenios, los avances se han estancado y esta tendencia se ve menoscabada aún más por el empeoramiento de las tasas de malnutrición; las deficiencias en el suministro de agua, el saneamiento y la higiene; los escasos conocimientos sobre salud entre los jóvenes; y los efectos de los conflictos, el cambio climático y la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), además de otros determinantes sociales de la salud,¹ lo que obstaculiza los esfuerzos por cumplir los compromisos pertinentes contraídos para promover los objetivos y las metas de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y las hojas de ruta conexas² para orientar y apoyar los esfuerzos de los países por medir y acelerar las mejoras en los resultados de salud materna, neonatal e infantil;

Profundamente preocupada también por las tragedias prevenibles que suponen las muertes de madres, recién nacidos y niños, y conocedora de las principales causas directas de mortalidad materna —a saber, la hemorragia puerperal, la eclampsia y la preeclampsia, la sepsis, las embolias y el aborto peligroso³ que, según la definición de la OMS, se ha demostrado que es responsable de la mayor parte de la mortalidad materna asociada al aborto; y reconociendo al mismo tiempo que las causas indirectas de la mortalidad materna —entre ellas el VIH/sida, la anemia, el paludismo, la diabetes, las afecciones cardiorrespiratorias, la tuberculosis y la malnutrición— cada vez representan una proporción más elevada en las muertes maternas y, en consecuencia, generan la necesidad de fortalecer la infraestructura y las instituciones nacionales de salud y de mejorar el acceso a la atención de urgencia; que la prematuridad, los traumatismos y la asfixia en el nacimiento, las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, la diarrea y las anomalías congénitas son las principales causas directas de mortalidad en los niños menores de 5 años de edad; y que no avanzaremos hacia la cobertura sanitaria universal para 2030 a menos que proporcionemos intervenciones eficaces con calidad en el momento y el lugar en que más se necesitan;

Reconociendo que el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva —incluidos los de información, educación y planificación familiar— y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible) contribuyen a la supervivencia de las madres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes;

Tomando nota de la meta 5.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de

¹ Los determinantes sociales de la salud son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. La lista siguiente contiene ejemplos de los determinantes sociales de la salud, que pueden influir en la equidad en materia de salud de manera positiva y negativa: ingresos y protección social; educación; desempleo y precariedad laboral; condiciones de vida laboral; inseguridad alimentaria; vivienda, servicios básicos y medio ambiente; desarrollo en la primera infancia; inclusión social y no discriminación; conflicto estructural; y acceso a servicios de salud asequibles y de una calidad digna.

² Entre ellas figuran las siguientes: la iniciativa «Poner fin a la mortalidad materna prevenible»; la *Hoja de ruta para combatir la hemorragia puerperal entre 2023 y 2030*; el Plan de Acción «Todos los Recién Nacidos»; la Agenda de Inmunización 2030; el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible; la Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes; y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, y los resultados de sus conferencias de examen, así como la resolución WHA72.7 (2019) sobre agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud. Punto 11.7 del orden del día de la Asamblea Mundial de la Salud: acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (<https://www.who.int/publications/m/item/wha-agenda-item-11.7---accelerate-progress-towards-reducing-maternal--newborn-and-child-mortality-in-order-to-achieve-sdg-targets-3.1-and-3.2>) consultado el 1 de junio de 2024.

³ La OMS define «aborto peligroso» como el aborto realizado por una persona que carece de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o ambos. Para garantizar que el término «aborto peligroso» se interprete correctamente, recomendamos proporcionar siempre la siguiente nota explicativa junto con la definición: «El personal, las capacidades y las normas médicas consideradas seguras al practicar abortos varían en función de si el aborto es médico o quirúrgico y de la duración del embarazo. Lo que se considera 'seguro' debe interpretarse de acuerdo con las orientaciones técnicas y normativas actuales de la OMS».

conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen;

Recordando la meta 5.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina; y reconociendo que el matrimonio infantil es un factor determinante del embarazo en la adolescencia; que las madres adolescentes corren mayores riesgos de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas; y que los bebés de las madres adolescentes corren mayores riesgos de tener bajo peso al nacer, nacer prematuramente y sufrir afecciones neonatales graves;

Reconociendo que el embarazo y los dos primeros decenios de vida ofrecen una oportunidad única para apoyar el crecimiento y el desarrollo saludables, abordar los factores de riesgo que afectan a la salud y promover la salud y el bienestar en el curso de la vida;

Consciente de que los niños y adolescentes deben tener oportunidades equitativas de prosperar, lo que permite generar un capital humano que reducirá efectivamente las inequidades y beneficiará a las generaciones presentes y futuras, de conformidad con los objetivos de «Sobrevivir», «Prosperar» y «Transformar» recogidos en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030);

Reconociendo la crucial importancia de dar prioridad a las medidas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna y para fortalecer los servicios de nutrición¹ como parte integral de los servicios y políticas esenciales de salud materna, neonatal e infantil, dado que casi la mitad de las muertes de menores de 5 años de edad son atribuibles a la desnutrición, así como a los efectos intergeneracionales perjudiciales de las deficiencias en la nutrición materna, lo que contribuye al bajo peso al nacer de los recién nacidos;

Reconociendo también que en torno al 50 % de las muertes maternas, prenatales, neonatales e infantiles en todo el mundo ocurren en entornos frágiles y humanitarios, lo que pone de relieve la necesidad urgente de aumentar las inversiones en los contextos frágiles, entre otras cosas mediante una mayor cooperación internacional, para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de atención primaria de la salud; y tomando nota de que estos servicios, que incluyen los de nutrición, deben ser de alta calidad, seguros, exhaustivos, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todas las personas en todas partes, a fin de acelerar los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Reconociendo que la falta de acceso a servicios esenciales de urgencia, críticos, quirúrgicos, de anestesia y de enfermería para atender lesiones, anomalías congénitas estructurales, que aumentarán proporcionalmente al incremento de la supervivencia infantil, y otras urgencias agudas dará lugar a disparidades inaceptables en la supervivencia y la discapacidad y a una alta prevalencia en los países de ingreso mediano y bajo de afecciones desatendidas que podrían tratarse quirúrgicamente, y que las personas que acceden a la atención quirúrgica en los países de ingreso mediano y bajo tendrán que realizar gastos catastróficos en atención de salud;

Reconociendo también la importancia crucial del liderazgo de los gobiernos y de los enfoques que abarcan a todo el gobierno y a toda la sociedad en la mejora de la salud materna, neonatal e infantil, y en la ampliación de la cobertura de los servicios integrados de atención primaria de la salud y el acceso equitativo a ellos, con vínculos estrechos de derivación a servicios de atención secundaria de alta calidad mediante el apoyo y la supervisión legislativos y presupuestarios a nivel nacional; y la necesidad de

¹ Los servicios de nutrición abarcan medidas esenciales sobre nutrición basadas en el sistema de salud para evaluar, promover, mantener y mejorar la nutrición óptima de las personas en el curso de la vida.

actualizar periódicamente las políticas, estrategias y planes nacionales de salud y financiación para acelerar los progresos en la mejora de la salud de la mujer, el niño y el adolescente,

1. INVITA a los Estados Miembros a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) adoptar medidas para reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad maternas, neonatales e infantiles, y ampliar el acceso a una atención de la salud de calidad de los recién nacidos, los lactantes y los niños, así como de todas las mujeres antes y después del embarazo y el parto y durante ellos, incluso prestando atención prenatal y posnatal, garantizando la cantidad suficiente de personal de salud especializado¹ y dotando de los suministros adecuados a los centros de parto;
- 2) reorientar los sistemas de salud hacia un enfoque centrado en la atención primaria que esté sustentado en capacidades sólidas de liderazgo y gestión de los países para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes a lo largo del curso de la vida con una protección adecuada contra los riesgos financieros, contando con la participación de las comunidades y de varios sectores como el del agua, el saneamiento y la higiene, el de la educación y el de la nutrición;
- 3) ampliar, según proceda, las intervenciones costoeficaces basadas en la evidencia para hacer realidad las metas actuales y futuras de cobertura de los servicios establecidos en las estrategias y los planes de acción mundiales y regionales pertinentes que se necesitan para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluido el acceso a servicios de prevención, realización de pruebas, tratamiento, atención y apoyo de calidad;
- 4) promover el acceso a una atención de calidad, asequible y respetuosa para el parto normal y para las complicaciones obstétricas que incluya la atención prenatal, durante el parto y posnatal oportuna; una vigilancia del trabajo de parto de calidad; y atención obstétrica de urgencia, incluida la aplicación de la hoja de ruta para la hemorragia puerperal, mediante la dotación de los recursos humanos necesarios, incluso mediante modelos de atención de partería, equipos, suministros, sistemas de datos y revisiones de las muertes maternas, a fin de alcanzar las metas programáticas nacionales;
- 5) ampliar los servicios de atención neonatal esenciales, asequibles y de calidad para todos los recién nacidos e invertir en unidades de cuidados especiales para recién nacidos pequeños y enfermos a nivel de distrito que incluyan los recursos humanos, los equipos, los suministros y los sistemas de datos necesarios a fin de alcanzar las metas programáticas nacionales;²
- 6) estudiar la posibilidad de implantar un programa universal de cribado neonatal exhaustivo que incluya la detección de anomalías congénitas y que tenga en cuenta las necesidades y cuestiones específicas para el diagnóstico, el tratamiento y la atención a largo plazo de los niños con anomalías congénitas;

¹ Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272818>), consultado el 1 de junio de 2024.

² Documento A67/21.

- 7) ampliar los servicios de salud infantil integrados y de calidad a todos los niños a nivel de los distritos, los establecimientos y el ámbito comunitario, que incluyan los recursos humanos, los equipos, los suministros y los sistemas de datos necesarios a fin de alcanzar las metas programáticas nacionales, y apoyar la recuperación del terreno perdido en materia de vacunación infantil y las actividades encaminadas a alcanzar los objetivos de la Agenda de Inmunización 2030;
- 8) invertir en el establecimiento de redes de atención con mecanismos sólidos de derivación que cuenten con servicios de apoyo, como sistemas funcionales de transporte para derivaciones a nivel nacional y servicios prehospitales, laboratorios y bancos de sangre funcionales;
- 9) facilitar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), incluso para la información, la educación y la planificación familiar, y facilitar también la integración de la salud reproductiva como factores que contribuyen a la supervivencia de las madres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes;¹
- 10) revitalizar, a través de leyes y reglamentos, su compromiso con la meta 5.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
- 11) detectar y eliminar los obstáculos que limitan el acceso a los servicios de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente seguros, asequibles y de calidad a nivel tanto del sistema de salud como de la sociedad —entre otros, los malos tratos durante el parto, la pobreza, la contaminación del aire, la falta de formación y la carencia de agua potable y saneamiento, los efectos de los fenómenos climáticos y las normas y desigualdades sociales nocivas— a fin de lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas;
- 12) invertir en sistemas eficaces de gestión de la información sobre salud dirigidos por los países, incluso a través de una mayor cooperación internacional en entornos frágiles, para ayudar a planificar y prestar servicios de salud basados en la evidencia, y hacer un seguimiento de la aplicación de las metas nacionales y subnacionales, conocer los progresos realizados hacia su logro y potenciar la rendición de cuentas al respecto mediante el seguimiento sistemático de los principales indicadores pertinentes de la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido y del adolescente en los establecimientos de salud y mediante encuestas a la población;
- 13) invertir en la educación, el empleo, la regulación y la fidelización de los trabajadores de la salud y asistenciales, en especial del personal de partería y de enfermería, que se requieren para proporcionar acceso universal al conjunto de servicios de atención de la salud sexual, reproductiva, de la madre, del recién nacido y del adolescente que se determinen a nivel nacional, así como para que tengan la cobertura necesaria, teniendo en cuenta que dichos servicios han de estar en consonancia con el principio del trabajo decente;
- 14) facilitar el acceso a medicamentos esenciales, seguros y de calidad para las mujeres embarazadas, las mujeres en periodo de lactancia, las madres, los recién nacidos y los niños impulsando la aplicación de las medidas establecidas en las resoluciones WHA69.20 (2016) y WHA75.8 (2022), y promoviendo, apoyando y financiando la investigación, el desarrollo, la fabricación, el registro y el suministro acelerados de formulaciones de medicamentos de calidad garantizada y adecuados a cada edad para las enfermedades que afectan a las madres, los recién nacidos y los niños;

¹ Véase la resolución WHA72.4.

15) considerar, en el caso de los países en que el paludismo es endémico y en vista de la mayor disponibilidad de vacunas contra el paludismo, la posibilidad de priorizar la incorporación de dichas vacunas a los programas de inmunización sistemática como parte de sus planes integrales de control del paludismo, así como de ampliar las pruebas de detección y el tratamiento de esta enfermedad y otras intervenciones eficaces, como los mosquiteros tratados con insecticidas y la quimioprofilaxis en las embarazadas y los niños, para reducir el paludismo y la mortalidad infantil que causa;

2. INVITA a las partes interesadas pertinentes, según proceda, a que apoyen, coordinen y armonicen las inversiones y la asistencia técnica para respaldar la aplicación práctica de los planes nacionales, y a que contribuyan a avanzar más rápidamente hacia el logro de las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) priorizar esta agenda inconclusa; brindar, previa solicitud, apoyo técnico intensificado a los Estados Miembros para poner al día la legislación, las políticas, las estrategias y los planes nacionales en materia de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente como parte de un enfoque centrado en la atención primaria de salud; y promover la aplicación de intervenciones en la esfera de la salud basadas en la evidencia para agilizar los progresos hacia el logro de las metas pertinentes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en materia de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y ayudar a movilizar recursos para aplicarlas a fin de alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

2) elaborar orientaciones pertinentes para mejorar los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y el bienestar materno, con el fin de prevenir las muertes fetales, reducir los casos de bajo peso al nacer y la prematuridad, y atender las anomalías congénitas;

3) brindar apoyo a los Estados Miembros, previa solicitud, con respecto a los modelos de atención, incluidos los modelos de atención de partería, y la educación, el empleo, la regulación y la fidelización de los trabajadores de la salud y asistenciales; reforzar los enfoques diferenciados en función del riesgo para prevenir la mortalidad infantil; atender las necesidades prioritarias de salud de los niños de 5 a 9 años; promover los servicios de pediatría preventiva para el desarrollo del niño; e invertir en el bienestar de los adolescentes a través de la salud en las escuelas, los servicios de salud escolar y las soluciones digitales para que la atención primaria responda a las necesidades de los adolescentes;

4) mejorar las orientaciones sobre los servicios para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, para las mujeres en edad de procrear y las adolescentes, y para los lactantes y los niños pequeños, abordando específicamente las necesidades de los grupos desatendidos, en particular las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes; integrar mejor los servicios nutricionales —en particular en los 1000 primeros días de vida— y las intervenciones de salud mental en los servicios de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido y el adolescente; y trabajar de modo sinérgico con la aplicación de las actividades que la OMS desarrolla para la eliminación triple del VIH, la sífilis y la hepatitis B;

5) agilizar la aplicación de las medidas relativas al personal establecidas en las resoluciones WHA69.19 (2016), WHA74.14 (2021), WHA74.15 (2021) y WHA75.17 (2022) para potenciar la capacidad del personal de salud a todos los niveles para prestar servicios de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido y el adolescente de calidad;

- 6) agilizar la aplicación de las medidas establecidas en las resoluciones WHA69.20 y WHA75.8; reforzar y ampliar los esfuerzos de colaboración, como los promovidos por los departamentos técnicos de la OMS y la red del Acelerador mundial para formas pediátricas, con el fin de velar por la mejora del acceso a los medicamentos pediátricos, incluido el tratamiento antirretrovírico contra el VIH; e informar a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud y las Asambleas de la Salud posteriores, cuando proceda, sobre los progresos realizados, las deficiencias restantes y las medidas específicas necesarias para seguir promoviendo la mejora del acceso a medicamentos y productos apropiados para cada edad, de calidad garantizada y asequibles para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y para los servicios de salud de la madre, el adolescente, el niño y el recién nacido;
- 7) proporcionar, previa solicitud, indicadores recomendados sobre los servicios de agua, saneamiento e higiene, sobre la gestión de desechos y sobre la energía para los establecimientos de salud a fin de utilizarlos en la supervisión de los sistemas de salud, y alentar a los países a incorporar datos sobre los servicios de agua, saneamiento e higiene, sobre la gestión de desechos y sobre la energía de los establecimientos de salud en la supervisión de los sistemas de salud, y a analizar e intercambiar regularmente datos para fundamentar las actividades de planificación, inversión y programación;
- 8) seguir concienciando aún más a los legisladores sobre la salud sexual y reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, basándose en datos y evidencias de calidad, y lograr que se comprometan plenamente tanto con las actividades de promoción como con la prestación de un apoyo legislativo y político continuado para alcanzar, de acuerdo con sus planes y prioridades nacionales, los objetivos y las metas de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente;
- 9) informar a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la presente resolución en el marco de la presentación bienal de informes sustantivos sobre la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente,¹ con especial atención a los esfuerzos para acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil en los países que actualmente no están en vías de conseguirlo de aquí a 2030.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, tercer informe)

¹ Resolución WHA69.2 (2016).

WHA77.6 Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Recordando la resolución WHA68.7 (2015), en la que la Asamblea de la Salud adoptó el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos³ e instó a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que formularan y aplicaran planes de acción nacionales que estuvieran armonizados con el Plan de Acción Mundial;

Reconociendo la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos,⁴ y el compromiso que en ella se establece de elaborar planes de acción nacionales multisectoriales en consonancia con el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos adoptado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA68.7;

Tomando nota de las contribuciones para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos realizadas en las conferencias ministeriales mundiales de alto nivel sobre esta cuestión que tuvieron lugar en 2014 y en 2019 en el Reino de los Países Bajos, y en 2022 en la Sultanía de Omán, y que condujeron a la aprobación por 47 Estados Miembros del Manifiesto Ministerial de Mascate sobre la Resistencia a los Antimicrobianos; y acogiendo con beneplácito la próxima cuarta Conferencia Ministerial Mundial de Alto Nivel sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, que se celebrará en el Reino de la Arabia Saudita en noviembre de 2024, y la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos, que tendrá lugar en septiembre del mismo año;

Recordando las recomendaciones que el Grupo Especial de Coordinación Interinstitucional sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 71/3 (2016), formuló al Secretario General de las Naciones Unidas en abril de 2019 y la resolución WHA72.5 (2019), en la que la Asamblea de la Salud pidió al Director General que velara por que los esfuerzos estuvieran unificados y no hubiera duplicaciones;

Tomando nota del establecimiento de la Plataforma de Asociación Multipartita contra la Resistencia a los Antimicrobianos (RAM) a fin de catalizar la acción a escala mundial fomentando la cooperación entre una gama diversa de partes interesadas pertinentes a todos los niveles; de las contribuciones del Grupo de Liderazgo Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos con arreglo al Principio de «Una sola salud» encaminadas a elevar la importancia política y mejorar la visibilidad de la resistencia a los antimicrobianos y a acelerar las medidas al respecto; de la labor de las organizaciones de la Alianza Cuatripartita (la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente); del Cuadro de Expertos de Alto Nivel para el Enfoque de «Una sola salud»; del Fondo Fiduciario Multipartito contra la Resistencia a los Antimicrobianos; y del Grupo de Acción Intergubernamental Especial del Codex sobre la Resistencia a los Antimicrobianos;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/5.

³ Se entiende por «resistencia a los antimicrobianos» la resistencia de microorganismos como bacterias, virus, parásitos y hongos a los antimicrobianos que anteriormente eran eficaces para tratar infecciones.

⁴ Resolución 71/3 (2016) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Reconociendo el creciente y acuciante riesgo mundial que supone la resistencia a los antimicrobianos, la incidencia en aumento de las infecciones resistentes y la pérdida de eficacia de un número cada vez mayor de antimicrobianos, impulsados por factores como el uso inadecuado de antimicrobianos en los sectores de la salud humana, la producción de alimentos, la sanidad animal y el medio ambiente;

Reconociendo también los factores que impulsan la resistencia a los antimicrobianos, incluida la ausencia de regulación en cuanto al uso sin receta de antimicrobianos; su prescripción en exceso por parte de los trabajadores de la salud; la falta de directrices terapéuticas normalizadas basadas en la evidencia; el uso excesivo de antimicrobianos durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19); los medicamentos antimicrobianos de calidad subestándar y falsificados, que requieren vigilancia y la adopción de medidas para hacer cumplir la ley por parte de los organismos nacionales de reglamentación; la falta de pruebas diagnósticas asequibles, incluidas las pruebas rápidas y las que se usan en el lugar donde se presta la atención de la salud; y la disponibilidad y el acceso insuficientes con respecto de los antimicrobianos esenciales y de calidad garantizada;

Tomando nota de la importancia de los programas de prevención y control de las infecciones en los establecimientos de salud, y observando con preocupación la carga cada vez mayor de las infecciones relacionadas con la atención de la salud, a menudo debidas a patógenos resistentes a los antibióticos, que dañan a los pacientes y a los proveedores de atención de la salud y suelen propagarse a la comunidad, y reconociendo que al menos la mitad de los establecimientos de salud del mundo carecen de servicios básicos de higiene de manos;

Tomando nota también de que, a diciembre de 2023, 178 Estados Miembros de la OMS habían elaborado planes de acción nacionales multisectoriales sobre la resistencia a los antimicrobianos, si bien los datos de 2023 de la encuesta de autoevaluación nacional de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos muestran que solo el 27 % de los Estados Miembros supervisaron y aplicaron de manera efectiva sus planes de acción nacionales y que únicamente el 11 % de los Estados Miembros habían asignado presupuestos nacionales a su aplicación; y tomando nota de que los logros se veían obstaculizados por la ausencia de coordinación multisectorial y del sector de la salud, de capacidades de ejecución y de disponibilidad de apoyo técnico y financiero;

Tomando nota además de que la clasificación AWaRe de antibióticos (Access, Watch, Reserve: acceso, precaución y último recurso) de la OMS proporciona orientaciones basadas en la evidencia y puede aplicarse a fin de mejorar la prescripción y el despacho de antibióticos para las infecciones clínicas más frecuentes en niños y adultos;

Reconociendo que es necesario que los Estados Miembros de la OMS apliquen plenamente la Estrategia Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones, adoptada por la Asamblea de la Salud en virtud de la decisión WHA76(11) (2023), para lograr su visión de que «[p]ara 2030, todas las personas que acceden a la atención de salud o la prestan estén a salvo de las infecciones relacionadas con dicha atención»;

Tomando nota de que, en su informe a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados,¹ el Director General destacó la necesidad de acelerar la aplicación de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos y propuso elaborar un marco estratégico y operacional de la OMS sobre la lucha contra las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana;

¹ Documento A76/37.

Tomando nota también de que la Secretaría de la OMS ha elaborado las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035,¹ que, entre otras cosas, abarcan las necesidades para responder a ellas de forma concertada a nivel nacional y mundial, y establecen prioridades en materia de: *a*) prevención de las infecciones; *b*) acceso universal, asequible y de calidad a medios diagnósticos y al tratamiento adecuado de las infecciones; *c*) información, ciencia e innovación estratégicas –en particular la vigilancia del uso y el consumo de antimicrobianos y de la resistencia a estos; la investigación; y el desarrollo de nuevas vacunas, pruebas diagnósticas y antimicrobianos; y *d*) la gobernanza y la financiación eficaces de la respuesta del sector de la salud humana a la resistencia a los antimicrobianos, todo lo cual apoyará una respuesta amplia de todo el sistema de salud a la resistencia a los antimicrobianos;

Tomando nota además de que la Secretaría de la OMS llevó a cabo una consulta mundial en línea sobre el proyecto de prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035, y de que el Consejo Ejecutivo examinó los resultados de la consulta en su 154.^a reunión;

Tomando nota de que la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 76/257 (2022), decidió celebrar una reunión de alto nivel sobre la resistencia a los antimicrobianos en 2024, en colaboración con las organizaciones de la Alianza Cuatripartita y con el apoyo del Grupo de Liderazgo Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos con arreglo al Principio de «Una sola salud»,

1. PIDE a las organizaciones de la Alianza Cuatripartita (la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente) que sigan trabajando con sus Estados Miembros a escala nacional, regional y mundial en iniciativas de colaboración para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en virtud del principio de «Una sola salud», y que se aseguren de colaborar y obrar en coherencia con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales, cuando proceda;
2. ACOGE CON BENEPLÁCITO las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035;
3. INSTA a los Estados Miembros² a que tengan a bien:
 - 1) participar plenamente en los preparativos de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos de 2024, entre otras cosas con la elaboración de una declaración política concisa, orientada a la acción y basada en el consenso, que puede incluir metas e indicadores pertinentes y cuantificables, y participar al más alto nivel en dicha reunión, preferiblemente a nivel de los Jefes de Estado y de Gobierno;
 - 2) seguir reforzando sus mecanismos nacionales de gobernanza multisectorial para supervisar, seguir de cerca y mejorar el desempeño de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos; aportar respaldo financiero a la aplicación de dichos planes; y potenciar la colaboración multisectorial con asociados pertinentes a escala nacional, regional y mundial para hacer frente de modo sinérgico a la resistencia a los antimicrobianos;

¹ Documento A77/5.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 3) aplicar, en sus planes de acción nacionales, las cuatro prioridades estratégicas enunciadas en las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035 (prevención de las infecciones que llevan a utilizar antibióticos; acceso universal, asequible y de calidad a medios diagnósticos y al tratamiento adecuado de las infecciones; información, ciencia e innovación estratégicas; y gobernanza y financiación eficaces); fijar objetivos, metas e indicadores y plazos para su cumplimiento ambiciosos, pero factibles; habilitar fondos para una aplicación eficaz; reforzar los sistemas de seguimiento y evaluación en los planes de acción nacionales; integrar, en los conjuntos de prestaciones de la cobertura sanitaria universal, el conjunto básico de intervenciones descrito como parte del enfoque de la OMS centrado en las personas para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana; cumplimentar la encuesta de autoevaluación nacional de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos para saber cómo avanza la aplicación del plan de acción nacional; y llevar a cabo todas las acciones susodichas atendiendo a su contexto nacional;
- 4) reforzar la prevención de la resistencia a los antimicrobianos, entre otras cosas aplicando la Estrategia Mundial de la OMS sobre Prevención y Control de Infecciones, la Agenda de Inmunización 2030 y la estrategia de la OMS sobre agua, saneamiento e higiene 2018-2025, y también vigilando y combatiendo la presencia de antimicrobianos de calidad subestándar o falsificados;
- 5) fortalecer la capacidad y las normas de trabajo de los laboratorios, en particular con respecto a la formación del personal y a los sistemas de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; participar en el Sistema Mundial de la OMS de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y de su Uso; seguir de cerca el consumo y el uso de antimicrobianos en el sector de la salud humana y aportar fundamento a las decisiones normativas nacionales y de los establecimientos de salud para usar los antimicrobianos de forma cada vez más racional; reunir datos representativos a nivel nacional sobre la prevalencia y las características de la resistencia a los antimicrobianos y la mortalidad atribuible a esta causa; y llevar a cabo todas las acciones susodichas atendiendo a su contexto nacional;
- 6) promover el suministro puntual y equitativo de vacunas, medios diagnósticos y antimicrobianos esenciales, de calidad y a precio asequible, y velar por su adecuada utilización, en particular sirviéndose de la clasificación AWaRe de antibióticos (Access, Watch, Reserve: acceso, precaución y último recurso) de la OMS; reforzar los servicios de diagnóstico, prevención y control de infecciones y los de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud; secundar a los pacientes para que accedan a esos servicios; y llevar a cabo todas las acciones susodichas atendiendo a su contexto nacional;
- 7) incrementar la cobertura de los programas nacionales de inmunización y maximizar sus beneficios para prevenir las infecciones, en particular al reducir el riesgo de sobreinfecciones y al favorecer el uso racional de los antimicrobianos;
- 8) apoyar medidas de sensibilización específicas, tales como campañas de comunicación e información e iniciativas que promuevan cambios de comportamiento entre el personal de salud y en las comunidades; reforzar las competencias de los profesionales de la salud por lo que respecta al uso racional de los antimicrobianos; dotar al personal de salud de mayor competencia técnica integrando módulos sobre la resistencia a los antimicrobianos en los planes de estudios y capacitación tanto previos al servicio como de formación continua; sensibilizar a la población en general sobre la importancia que reviste el uso adecuado de los antimicrobianos; y llevar a cabo todas las acciones susodichas atendiendo a su contexto nacional;

9) respaldar iniciativas innovadoras que promuevan la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas, herramientas de diagnóstico, antimicrobianos, tratamientos y alternativas a los antibióticos tradicionales, lo que incluye la investigación fundamental y aplicada y las investigaciones sobre la aplicación, así como la investigación sobre planteamientos novedosos en materia de prevención y control de infecciones y de uso racional de los antimicrobianos; preservar la eficacia de los medicamentos antimicrobianos existentes mediante la colaboración, a través de mecanismos apropiados, con instituciones del mundo académico, organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector privado; y promover la producción local de antimicrobianos y otros productos de salud para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos;

10) fortalecer la cooperación internacional para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, especialmente para mejorar las capacidades de aplicación;

4. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) apoyar y orientar a los Estados Miembros en los preparativos de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos de 2024;

2) respaldar las negociaciones de la declaración política y las deliberaciones de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos de 2024 preparando un informe actualizado sobre los avances, logros y problemas observados en la aplicación de los planes de acción nacionales, incluidos los mecanismos de coordinación multisectoriales y multipartitos, y proponiendo soluciones, a modo de aportación técnica; y coordinar las sesiones informativas para los Estados Miembros con objeto de facilitar debates fundamentados;

3) seguir trabajando con las organizaciones de la Alianza Cuatripartita y otras organizaciones internacionales y de las Naciones Unidas pertinentes para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos mediante planteamientos multisectoriales y de modo acorde con el principio de «Una sola salud», en particular para armonizar el trabajo y reducir la duplicación de esfuerzos y para preparar la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos de 2024;

4) prestar apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten respecto de la aplicación, en los planes de acción nacionales, de las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035; establecer objetivos, metas e indicadores nacionales ambiciosos, pero factibles, en consonancia con las cuatro prioridades estratégicas; aplicar el enfoque de la OMS centrado en las personas para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en el sector de la salud humana, así como la clasificación AWaRe de antibióticos (Access, Watch, Reserve: acceso, precaución y último recurso) de la OMS, a fin de usar los antimicrobianos de forma más racional; y calcular la mortalidad atribuible a la resistencia a los antimicrobianos;

5) ayudar a los Estados Miembros que lo soliciten a movilizar financiación interna e internacional para aplicar los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos y facilitar el aprendizaje e intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los Estados Miembros;

6) seguir prestando apoyo para fortalecer las capacidades de los Estados Miembros, aprovechando los conocimientos especializados sobre resistencia a los antimicrobianos de los países, las oficinas regionales de la OMS, los centros colaboradores de la OMS y los departamentos pertinentes de la Secretaría, incluida, entre otras instancias, la Academia de la OMS;

7) apoyar a los Estados Miembros que lo soliciten para participar en el Sistema Mundial de la OMS de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y de su Uso, en particular para seguir de cerca la resistencia a los antimicrobianos y el consumo y uso de antimicrobianos en el sector de la salud humana y para fundamentar el trabajo normativo a escala nacional y en los establecimientos de salud;

8) seguir presentando a la Asamblea de la Salud, con periodicidad bienal, informes consolidados sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, como se pide en las resoluciones WHA68.7 y WHA72.5, con sendos informes dirigidos a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025, a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027 y a la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, tercer informe)

WHA77.7 Fortalecimiento de la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio^{1,2}

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;³

Reconociendo el riesgo creciente de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes y la necesidad de reforzar la preparación mundial, incluso en la esfera de la investigación en ciencias de la vida y la microbiología de la salud pública;

Recordando la resolución WHA58.29 (2005) relativa al reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio, en la que se proponían medidas para aplicar un enfoque integrado de la bioseguridad en el laboratorio, y otras resoluciones pertinentes;⁴

Reconociendo los esfuerzos y los progresos realizados para reforzar la bioseguridad en el laboratorio y mejorar estructuralmente las condiciones de biocontención, tanto por los Estados Miembros como por la Secretaría, en consonancia con las orientaciones técnicas pertinentes de la OMS, como se indica en la resolución WHA58.29;

Tomando nota de la aplicación de programas específicos coherentes con las orientaciones de la OMS⁵ y de la elaboración de planes nacionales de preparación y la movilización de recursos y colaboración nacionales e internacionales;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² En la presente resolución, la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio se refiere a los principios, las tecnologías y las prácticas de contención que se aplican para evitar la exposición involuntaria a agentes biológicos y su liberación fortuita (bioseguridad en el laboratorio), así como el acceso no autorizado a los materiales biológicos y los equipos, las competencias y los datos relacionados con su manipulación, y su pérdida, robo, uso indebido, desviación o liberación, lo que implica su protección, su control y la rendición de cuentas en relación con ellos (bioprotección en el laboratorio). Véase el Manual de bioseguridad en el laboratorio, 4.^a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/365600>), consultado el 5 de noviembre de 2024.

³ Documento A77/4.

⁴ Incluidas, entre otras, las resoluciones WHA58.3 (2005), WHA71.16 (2018), WHA74.7 (2021) y WHA76.5 (2023).

⁵ Incluidas las Directrices de Tianjin sobre Biocustodia para la Elaboración de Códigos de Conducta Científicos.

Tomando nota también de la prestación de apoyo técnico por la OMS a los Estados Miembros mediante la puesta al día y la publicación de documentos orientativos pertinentes;

Subrayando la importancia de seguir aplicando y reforzando la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio, que incluye medidas de bioprotección institucionales y para el personal;

Reconociendo la función fundamental que desempeñan los laboratorios de los sectores pertinentes¹ en la seguridad sanitaria mundial, y que el número cada vez mayor de instalaciones de contención máxima que realizan investigaciones con patógenos de graves consecuencias² en los seres humanos, los animales y otros organismos vivos,³ así como el uso generalizado de nuevas tecnologías, están cambiando el panorama de la bioseguridad y la bioprotección en el laboratorio;⁴

Constatando que la evolución de la mitigación y la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio hacia un enfoque más basado en los riesgos y la evidencia requiere medidas, prácticas y competencias de control eficaces por parte de los Estados Miembros, así como el refuerzo de una conducta responsable en todos los niveles organizativos;

Considerando que la investigación y el desarrollo en los laboratorios con agentes de graves consecuencias y otros agentes biológicos, según proceda, son fundamentales para prevenir, detectar y controlar los brotes de enfermedades emergentes y reemergentes, y que su liberación de cualquier tipo de instalación de contención, incluidas las pertenecientes a entidades privadas y fabricantes de productos farmacéuticos, puede tener repercusiones mundiales;

Expresando su preocupación por las lagunas en la aplicación de las medidas de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio, que se han expresado en los informes y las evaluaciones realizados en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005),⁵ y de las medidas adicionales pertinentes que se requieren para reducir al mínimo los riesgos biológicos asociados a los laboratorios;

Consciente de que no se conoce suficientemente ni se puede predecir el rápido avance de la tecnología, que implica un acceso más fácil a la ingeniería genética, la biología de síntesis y la investigación con microorganismos patógenos modificados genéticamente o que pueden ser muy contagiosos o virulentos para los seres humanos, los animales y otros organismos vivos y que pueden transmitirse entre especies;

¹ *Advanced global health security: from commitments to actions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/251417>), consultado el 28 de agosto de 2024.

² Los materiales, tecnologías e información de graves consecuencias se definen como agentes y material biológicos, o tecnologías e información sobre ellos, capaces de causar, directa o indirectamente, enfermedades u otros efectos nocivos importantes en los seres humanos, los animales, las plantas y/o el medio ambiente. *Laboratory biosecurity guidance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377754>), consultado el 28 de agosto de 2024.

³ La investigación de graves consecuencias se define como una investigación en la que se prevé obtener beneficios y que utiliza o produce materiales, tecnologías o información que podría causar efectos nocivos importantes en los seres humanos o sus sistemas sociales (como la economía), los animales, las plantas y/o el medio ambiente. *Laboratory biosecurity guidance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://iris.who.int/handle/10665/377754>), consultado el 28 de agosto de 2024.

⁴ La bioprotección en el laboratorio se define como la prevención del acceso no autorizado a los materiales biológicos y los equipos, las competencias y los datos relacionados con su manipulación, y de su pérdida, robo, uso indebido, desviación o liberación, lo que implica su protección, su control y la rendición de cuentas en relación con ellos. *Manual de bioseguridad en el laboratorio*, 4.^a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/365600>), consultado el 28 de agosto de 2024.

⁵ Incluido el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes y otros instrumentos de uso facultativo, según proceda.

Subrayando la importancia de que los Estados Miembros se comprometan a colmar las lagunas detectadas en las evaluaciones realizadas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y a reforzar y potenciar la mitigación y la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio como una de las capacidades de la seguridad sanitaria necesarias para la prevención, la preparación y la respuesta frente a las emergencias sanitarias, incluidas las pandemias y otras emergencias,

1. EXHORTA a los Estados Miembros¹ a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) reforzar de manera integral la aplicación de la resolución WHA58.29 (2005) mediante la inclusión de componentes esenciales de la mitigación y la gestión de los riesgos biológicos en sus estrategias, políticas, programas y mecanismos nacionales de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio;
- 2) aprobar, reforzar y aplicar, dentro de las capacidades y prioridades de cada Estado Miembro, estrategias, políticas, programas y mecanismos nacionales pangubernamentales y multisectoriales de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio, en particular para la investigación y el transporte, en consonancia con las directrices de la OMS, de agentes biológicos de graves consecuencias² que, en caso de liberación o exposición, causarían daños significativos o tendrían consecuencias potencialmente catastróficas;
- 3) reforzar la formación y el desarrollo continuo de recursos humanos competentes, incluso en las esferas de la investigación, los datos y los sistemas de gestión de incidentes sobre mitigación y gestión de riesgos biológicos en el laboratorio;
- 4) promover un enfoque basado en el riesgo para respaldar una base técnica sólida a través de medidas basadas en la evidencia, una cultura asentada de bioseguridad y bioprotección³ en todos los niveles institucionales y una concienciación adecuada, con enfoques, prácticas e intervenciones de carácter cultural y conductual que favorezcan la comunicación transparente y la prevención de la información errónea y la desinformación, así como la capacidad de reacción ante ellas;
- 5) elaborar, y según proceda armonizar con las normas internacionales pertinentes, leyes, normativas y políticas en materia de mitigación y gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio, que incluyan la posesión, el uso o la transferencia de agentes biológicos de graves consecuencias y las instalaciones de contención pertinentes; el tratamiento de los datos de la investigación; las metodologías empleadas en la biología de síntesis, en otras disciplinas de la biología de reciente desarrollo y en sus productos, en los casos en que las leyes, normativas y políticas favorezcan la inclusión en el contexto de la promoción de la salud centrada en las personas, la prevención de las enfermedades, la detección precoz de las emergencias sanitarias y la respuesta a ellas, así como la reducción de la carga que soportan los sistemas de salud;

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

² WHO consultative meeting high/maximum containment (biosafety level 4) laboratories networking: meeting report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/311625>), consultado el 28 de agosto de 2024; y *Laboratory biosecurity guidance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377754>), consultado el 28 de agosto de 2024.

³ La cultura de la bioseguridad se define como el conjunto de valores, creencias y pautas de comportamiento inculcados y facilitados en una atmósfera abierta y de confianza por individuos y organizaciones que colaboran para fomentar o mejorar las mejores prácticas de bioseguridad en el laboratorio. *Manual de bioseguridad en el laboratorio*, 4.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/365600>), consultado el 17 de enero de 2024.

6) aumentar y defender la cooperación internacional, la elaboración de instrumentos técnicos y el intercambio de información sobre laboratorios e incidentes para llevar a la práctica, en consonancia con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la gestión y mitigación de los riesgos biológicos en el laboratorio, teniendo en cuenta aspectos relativos a la seguridad de la información y los posibles riesgos de propagación internacional;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) proporcionar asistencia técnica y orientaciones normativas a los Estados Miembros que lo soliciten respecto de la elaboración de estrategias, medidas y sistemas de supervisión integrales para gestionar los riesgos biológicos, en particular para la contención en laboratorios, la investigación y el uso responsable de las ciencias, y para ampliar su aplicación en función de las necesidades y prioridades de los Estados Miembros;

2) ayudar a los Estados Miembros a elaborar y aplicar estrategias nacionales de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio, en consonancia con la legislación nacional y con el programa general de trabajo aplicable, dotándolas de la estructura, los recursos, los medios y las capacidades apropiados, en consonancia con el apoyo económico prestado en función de la estructura de la estrategia en cada país;

3) velar por que la OMS aproveche sus puntos fuertes mediante la elaboración y puesta al día de orientaciones para gestionar los riesgos biológicos en el laboratorio en cooperación con otras organizaciones internacionales, lo que incluye, entre otras cosas, convocar debates para proponer criterios de referencia consensuados que permitan evaluar objetivamente las instalaciones que trabajan con agentes microbiológicos y notificar los incidentes de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), por medio de la selección y promoción de las mejores prácticas, como las intervenciones basadas en la evidencia y en los riesgos, en el contexto de cada Estado Miembro y de su fase actual de elaboración de su programa nacional de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio;

4) hacer un seguimiento a todos los niveles de la OMS e informar a la Asamblea de la Salud de la evolución, la evidencia y las tendencias relativas a los instrumentos, las tecnologías, los métodos y las normas en materia de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio en los sistemas de salud; los programas de formación en salud pública de todas las partes interesada (incluidos el sector privado y las instituciones académicas); y la ciencia de los datos, y analizar sus repercusiones y su posible uso para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, con la participación de todos los sectores pertinentes;

5) promover la colaboración de la OMS con otras organizaciones y partes interesadas pertinentes, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, de una forma que propicie el fortalecimiento de la aplicación de la mitigación y gestión de riesgos biológicos en el laboratorio, aprovechando sus capacidades a través de los centros colaboradores de la OMS y otros asociados técnicos pertinentes o alianzas nacionales e internacionales de carácter voluntario;

- 6) hacer posible el debate continuo entre los Estados Miembros y las organizaciones internacionales y partes interesadas pertinentes sobre posibles propuestas adicionales para reforzar de forma integral la mitigación y gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio;
- 7) informar a la Asamblea de la Salud en 2026, 2028 y 2030 sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución y sobre los obstáculos encontrados.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, tercer informe)

WHA77.8 Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Recordando el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 y los Principios de Bangkok para la implementación de los aspectos relacionados con la salud del Marco de Sendái, el Acuerdo de París sobre cambio climático y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, la Nueva Agenda Urbana de la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III) y el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025 de la OMS y su prioridad estratégica de ofrecer mejor protección frente a emergencias sanitarias a mil millones más de personas;

Recordando también las resoluciones WHA64.10 (2011) sobre el fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y la resiliencia de los sistemas de salud, WHA65.20 (2012) sobre la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias, WHA68.15 (2015) sobre el fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal, WHA73.8 (2020) sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, WHA75.17 (2022) sobre recursos humanos para la salud y WHA76.2 (2023) sobre integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias;

Recordando además las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 75/124 (2020) sobre cooperación internacional para la asistencia humanitaria en los casos de desastre natural, desde el socorro hasta el desarrollo, y 77/28 (2022) sobre fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia que prestan las Naciones Unidas;

Observando con preocupación que la frecuencia e intensidad cada vez mayores de los fenómenos meteorológicos extremos relacionados con el clima, y sus consecuencias para la salud, someten a una presión adicional a los sistemas de salud y hacen necesario que se avance en los esfuerzos en materia de

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

adaptación, reducción de riesgos y preparación a fin de proteger a las poblaciones, en particular las que se encuentran en situación de riesgo elevado de sufrir las consecuencias devastadoras de los fenómenos meteorológicos extremos;

Observando también con preocupación el riesgo continuado de que se produzcan peligros naturales, emergencias sanitarias interrelacionadas, sus consecuencias múltiples y a largo plazo para la salud pública y sus efectos negativos en el bienestar de personas de todo el mundo, en particular de las que viven en situaciones de vulnerabilidad y fragilidad;

Reconociendo que los países siguen haciendo frente a emergencias derivadas de peligros naturales, de acuerdo con la clasificación de amenazas establecida por la OMS que figura en el anexo 1 del Marco de la OMS de gestión del riesgo de emergencias y desastres de salud;¹

Reconociendo también que las devastadoras consecuencias en materia de salud, sociales y económicas de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), y las enseñanzas extraídas de las respuestas a esta, han puesto de relieve la necesidad de fortalecer la preparación, la respuesta y la resiliencia frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales, ya que las emergencias concurrentes y convergentes constituyen un desafío para las comunidades y los sistemas de salud;

Subrayando que la preparación y las respuestas frente a las emergencias sanitarias son principalmente responsabilidad y una función de los gobiernos, y reconociendo la importancia de enmarcar la preparación, la respuesta y la resiliencia en materia de salud en una preparación frente a emergencias provocadas por desastres en sentido más amplio, así como reconociendo el papel de la cooperación internacional en el apoyo a los esfuerzos nacionales y la lucha contra los riesgos transfronterizos;

Reconociendo que el sector de la salud desempeña un papel fundamental en la preparación, la prevención, la respuesta y la recuperación frente a situaciones de emergencia, y que atender eficientemente y oportunamente las necesidades en materia de atención de la salud de quienes viven en situaciones de vulnerabilidad y fragilidad es una de las prioridades en cuanto a la gestión general de las grandes emergencias y desastres;

Haciendo hincapié en la importancia de contar con trabajadores de la salud y asistenciales capacitados, equipados y diversos en la primera línea de la preparación, la prevención, la respuesta y la recuperación frente a situaciones de emergencia, incluidos, entre otros, agentes de salud comunitarios y voluntarios comunitarios capacitados, así como en la función clave que desempeñan en términos de participación a nivel del conjunto de la sociedad y en el fortalecimiento de los esfuerzos para la creación integral de resiliencia a nivel de la comunidad frente a los desastres derivados de peligros naturales;

Reconociendo los aspectos multidimensionales de los desastres, las complejas interdependencias entre las distintas partes interesadas y el papel fundamental que desempeñan las comunidades y la sociedad civil en la prevención, la preparación, la respuesta y la recuperación frente a los desastres derivados de peligros naturales;

Reconociendo también que, con los avances tecnológicos y en las capacidades de predicción, es cada vez más importante prever, priorizar y movilizar medidas de reducción de riesgos y de disposición operativa a fin de mitigar los efectos de las consecuencias adversas para la salud de los desastres

¹ Marco de gestión del riesgo de emergencias y desastres de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021, pp. 26-27 (<https://iris.who.int/handle/10665/348823>), consultado el 17 de enero de 2024.

derivados de peligros naturales, por ejemplo, a través de sistemas de alerta temprana de peligros múltiples que permitan a los países estar preparados para responder de manera rápida y eficaz;

Reconociendo además los efectos inmediatos, a más corto plazo y permanentes de los desastres derivados de peligros naturales, incluidos los debidos a lesiones, enfermedades y la muerte, la destrucción de la infraestructura de salud y la interrupción de los servicios, así como los efectos para la salud a más largo plazo debidos a la interrupción de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluido el manejo de las afecciones de salud mental y psicosociales, y otros programas de salud pública;

Reconociendo asimismo que una respuesta adecuada a las emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales requiere un sistema de atención de la salud resiliente y funcional, que incluya servicios de atención primaria, servicios integrados de emergencia, de cuidados intensivos, quirúrgicos y anestésicos, rehabilitación, tecnología de apoyo, servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, y servicios de salud mental y apoyo psicosocial, incluido un acceso equitativo y oportuno al agua, el saneamiento y la higiene y a productos y tecnologías de salud, que son un componente fundamental de un sistema de atención integrada de la salud y de un sistema robusto de atención de la salud de emergencia;

Reconociendo igualmente que crear sistemas de salud pública resilientes a nivel local o comunitario, subnacional, nacional y regional es esencial para la preparación y la respuesta frente a los desastres derivados de peligros naturales;

Reconociendo también la importancia de la comunicación de riesgos, de la lucha contra la información errónea y la desinformación y de velar por la implicación comunitaria a fin de impulsar unos enfoques más equitativos y centrados en la comunidad para los desastres derivados de peligros naturales, que incluyan informar, implicar y empoderar a las comunidades para que adopten medidas proactivas y aumenten la resiliencia;

Reconociendo además el importante potencial de las tecnologías digitales y la innovación para aumentar la accesibilidad, la seguridad y la costoeficacia de los servicios de salud, especialmente durante las emergencias;

Observando con preocupación que las personas que se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad y de marginación a menudo sufren de manera desproporcionada los efectos de los desastres derivados de peligros naturales y están insuficientemente representadas en la toma de decisiones en materia de preparación para situaciones de emergencia,

1. INSTA a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta sus propios contextos y prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) velar por que los esfuerzos para fortalecer la preparación y la respuesta frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales se fundamenten en una evaluación de riesgos intersectorial sistemática y periódica basada en la evidencia;
- 2) velar por que los esfuerzos de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias estén firmemente anclados en enfoques de reducción de riesgos, mitigación de riesgos y creación de resiliencia de los sistemas de salud que impulsen los avances para lograr la cobertura sanitaria universal y estén orientados hacia la atención primaria de salud, permitiendo prestar, de manera sostenida, servicios de salud esenciales durante y después de los desastres derivados de peligros naturales;

- 3) mantener el compromiso político y proporcionar recursos humanos y financieros, según proceda, y seguir enfoques sistemáticos e integrales para fortalecer y mantener las capacidades de prevención, preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias sanitarias en pro de la resiliencia y para robustecer la seguridad sanitaria, por medios que incluyan: el fortalecimiento y la formulación de políticas/estrategias de gestión de los riesgos de emergencia; la planificación y la coordinación de los servicios de salud esenciales y servicios conexos; la capacitación de los trabajadores de la salud y asistenciales; la gestión de la información, la enseñanza y el conocimiento; el fomento de las capacidades de la comunidad; y la provisión de infraestructura y logística en materia de salud que sea segura, accesible y resiliente;
- 4) fortalecer una respuesta, coordinación y gestión operacionales basadas en los riesgos a todos los niveles, incluida la cooperación transfronteriza, a fin de garantizar una comprensión oportuna, segura, accesible y eficaz de los riesgos para la salud y las consecuencias y la prestación de servicios de salud a las personas y las poblaciones afectadas que aborden adecuadamente sus necesidades urgentes de salud y en materia de recuperación, y de incorporar normas técnicas, prácticas óptimas, sistemas claros de gestión de incidentes y planes de respuesta de emergencia del sector de la salud para múltiples peligros que se actualicen y evalúen periódicamente y sean inclusivos de la discapacidad y tengan en cuenta la edad y el género y que estén concebidos para desastres derivados de peligros naturales;
- 5) participar, según proceda, a nivel local o comunitario, subnacional, nacional, regional o mundial, en la promoción de la reducción de riesgos, las iniciativas de prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales y la recuperación de las comunidades y los sistemas de salud;
- 6) facilitar la colaboración eficaz entre los asociados nacionales e internacionales, los expertos y las principales partes interesadas para garantizar que los conocimientos generales y especializados estén actualizados y sean pertinentes, y difundir estos conocimientos y prestar el apoyo técnico adecuado a los programas internacionales y nacionales de preparación, respuesta y mitigación en materia de salud a fin de dar forma al panorama de la preparación frente a emergencias sanitarias a escala mundial en pro de un mayor grado de disposición operativa para la respuesta;
- 7) elaborar, aplicar y supervisar políticas y programas que den prioridad a las inversiones a fin de mejorar la seguridad, la accesibilidad y la resiliencia de los establecimientos de salud, en particular garantizando que estén situados en una ubicación segura, hayan sido debidamente construidos y puedan seguir funcionando durante y después de las emergencias, reducir al mínimo las interrupciones en la prestación de servicios de salud esenciales y proteger la vida de los pacientes, los trabajadores de la salud y asistenciales y la comunidad;
- 8) coordinar las medidas a nivel de todo el gobierno y de toda la sociedad, de manera inclusiva, y con la Secretaría de la OMS y la comunidad internacional antes, durante y después de los desastres derivados de peligros naturales, a fin de garantizar que el sector de la salud esté plenamente integrado en los mecanismos de coordinación multisectorial basados en enfoques participativos, centrados en la comunidad y que sean inclusivos de la discapacidad y tengan en cuenta la edad y el género;
- 9) aprovechar las redes de comunicación y colaboración existentes, incluidas las comunidades y las redes establecidas mediante enfoques multisectoriales, para fortalecer y racionalizar los esfuerzos de mitigación y respuesta antes, durante y después de los desastres derivados de peligros naturales;

10) facilitar el acceso oportuno de las personas y las poblaciones afectadas a medicamentos, pruebas diagnósticas, vacunas y otros productos médicos necesarios en la respuesta de emergencia como parte de un conjunto integral de servicios de salud prioritarios y esenciales, incluido el acceso adecuado a servicios de atención primaria, servicios integrados de emergencia, de cuidados intensivos, quirúrgicos y anestésicos, rehabilitación, tecnología de apoyo, servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, servicios en el ámbito de la violencia de género y servicios de salud mental y apoyo psicosocial, durante y después de los desastres derivados de peligros naturales, entre otros, a través de las redes de asociados operacionales existentes, como el Grupo de Acción Sanitaria Mundial, la iniciativa Equipos Médicos de Emergencia de la OMS y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y el Programa de Colaboradores de Reserva;

11) facilitar y promover la producción, el suministro y la distribución de los productos esenciales necesarios para la preparación y respuesta frente a emergencias provocadas por desastres derivados de peligros naturales, por medios que incluyan, cuando sea necesario, el apoyo al almacenamiento estratégico de productos médicos y el acceso equitativo a estos sobre la base de los datos epidemiológicos, la situación de vulnerabilidad y demás evidencias científicas;

12) llevar a cabo de forma periódica y sistemática evaluaciones de riesgos basadas en la evidencia para orientar las acciones, involucrar a todas las partes interesadas clave, incluidas las comunidades locales, y establecer un liderazgo claro para estar preparados frente a las emergencias sanitarias y los desastres derivados de peligros naturales;

13) mejorar el apoyo a los trabajadores de la salud y asistenciales, incluidos los agentes de salud comunitarios y los voluntarios comunitarios capacitados, impartiendo la formación técnica pertinente en materia de salud y seguridad y apoyando el aprendizaje permanente en coordinación con instituciones académicas, de investigación y de capacitación, incluida la capacitación impartida por la Academia de la OMS y los centros colaboradores de la OMS;

14) posibilitar que los trabajadores de la salud y asistenciales puedan actualizar y adaptar sus competencias técnicas, y puedan estar mejor preparados para la prevención, el rescate inmediato de las víctimas, prevenir muertes, prevenir y reducir al mínimo las lesiones, los efectos en la salud mental y otras enfermedades entre las comunidades, y prevenir la explotación y el abuso sexuales y darles respuesta con un enfoque que esté centrado en los supervivientes;

15) apoyar, según proceda, el fortalecimiento de la recopilación de datos, los datos desglosados, en particular por sexo, edad y discapacidad, y la investigación de manera sistemática para la mejora continua de la base empírica y los resultados de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) proporcionar orientación técnica, incluidas herramientas de apoyo que describan los requisitos basados en la evidencia, para que los mecanismos y las capacidades fortalezcan la preparación frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales y ayuden a facilitar el acceso a la financiación de la capacidad nacional para la gestión de emergencias sanitarias y del riesgo de desastres;

2) prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten, en la medida de lo posible, para que hagan frente a los desafíos en el sector de la salud debidos al cambio climático, incluido el apoyo a los pequeños Estados insulares en desarrollo, otros países vulnerables al clima, los entornos urbanos y otras zonas geográficas propensas a los desastres derivados de peligros naturales y que

se enfrentan a desafíos similares en términos de riesgos, vulnerabilidades y capacidades y requieren enfoques específicos para cada contexto;

- 3) prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para que desarrollen, fortalezcan y pongan en funcionamiento sus capacidades locales, subnacionales y nacionales de respuesta rápida frente a emergencias, incluidos los equipos médicos de emergencia, los equipos de atención especializada, los equipos de respuesta rápida de salud pública, los laboratorios móviles y las intervenciones y los recursos comunitarios, en coordinación con los agentes de respuesta pertinentes;
- 4) mejorar la capacidad, los recursos y los conocimientos especializados a todos los niveles de la OMS, a fin de proporcionar la orientación y el apoyo técnicos necesarios a los Estados Miembros que lo soliciten con miras a fortalecer las capacidades sostenibles locales, subnacionales, nacionales y regionales en materia de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias que sean inclusivas de la discapacidad y tengan en cuenta la edad y el género y que estén concebidas para desastres derivados de peligros naturales;
- 5) movilizar oportunamente recursos financieros y humanos suficientes, sostenibles y flexibles a todos los niveles de la OMS, entre otros a través del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias, a fin de ayudar a los Estados Miembros a fortalecer sus sistemas de salud, en particular la seguridad y la resiliencia de los establecimientos de salud;
- 6) proporcionar, en los documentos preparatorios pertinentes y las sesiones informativas para el Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias, información actualizada acerca de los esfuerzos para aplicar la presente resolución, e informar a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados, las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas en la aplicación de la presente resolución en 2026, 2028 y 2030, como parte del informe consolidado sobre la labor de la OMS en emergencias sanitarias.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, tercer informe)

WHA77.9 Iniciativa Mundial de Salud y Paz¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Destacando el papel de la OMS con arreglo a su mandato en cuanto autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;

Recordando que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud reconoce que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas;

Recordando también la resolución WHA34.38 (1981), sobre la función del médico y otros trabajadores sanitarios en el mantenimiento y en la promoción de la paz como primer factor de logro de la salud para todos;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

Recordando asimismo la resolución WHA65.20 (2012), sobre la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias, en la que la Asamblea de la Salud reconoció que la OMS, como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial del Comité Permanente entre Organismos, se encontraba en una posición singular para apoyar a los ministerios de salud y a los asociados en la coordinación de la preparación y la respuesta ante las emergencias humanitarias y la recuperación después de estas, y exhortó a los Estados Miembros a que fortalecieran los procesos de gestión de riesgos, preparación para emergencias sanitarias y planificación para imprevistos en el plano nacional, así como los servicios de manejo de desastres del ministerio de salud, como se describe en la resolución WHA64.10 (2011);

Reafirmando que las autoridades nacionales son las principales responsables de atender a las víctimas de desastres naturales y otras emergencias que se produzcan en su territorio, y que es el Estado afectado el que tiene el papel principal en la iniciación, organización, coordinación y ejecución de la asistencia humanitaria dentro de su territorio;

Recordando la resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 19 de diciembre de 1991, sobre el fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia que prestan las Naciones Unidas, así como todas las resoluciones posteriores de la Asamblea General sobre el tema, incluida la resolución 78/119, de 8 de diciembre de 2023, y subrayando que el respeto del derecho internacional, incluido el humanitario, es esencial para responder a las emergencias sanitarias en los conflictos armados y mitigar sus efectos;

Recordando también que el derecho internacional humanitario, según proceda, debe aplicarse plenamente en todas las circunstancias, sin distinción desfavorable basada en la naturaleza u origen del conflicto armado o en las causas invocadas por las partes en el conflicto o atribuidas a ellas, recordando que el cumplimiento a nivel nacional de las obligaciones internacionales desempeña un papel fundamental en el cumplimiento de la obligación de respetar el derecho internacional humanitario, y reconociendo la función primordial de los Estados a este respecto;

Recordando asimismo la decisión WHA68(10) (2015), en la que la Asamblea de la Salud reiteró que la respuesta de la OMS a las emergencias a todos los niveles debía ejercerse de acuerdo con el derecho internacional, en particular con el Artículo 2 d) de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los principios y objetivos del Marco de Respuesta a Emergencias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y que debía orientarse según un planteamiento de las emergencias sanitarias que abarcara todos los peligros, haciendo hincapié en la adaptabilidad, la flexibilidad y la rendición de cuentas; en los principios humanitarios de neutralidad, humanidad, imparcialidad e independencia; y en la previsibilidad, la oportunidad y la implicación de los países;

Recordando también la decisión WHA75(24) (2022), en la que la Asamblea de la Salud pidió al Director General que celebrara consultas con los Estados Miembros y los observadores sobre la aplicación de las propuestas para el futuro y que posteriormente elaborara una hoja de ruta;

Recordando asimismo la decisión WHA76(12) (2023), en la que la Asamblea de la Salud tomó nota de la hoja de ruta de la Iniciativa Mundial de Salud y Paz y pidió al Director General que presentara un informe sobre los progresos realizados en el fortalecimiento de esa hoja de ruta, en tanto que documento evolutivo, mediante consultas con los Estados Miembros, los observadores y otras partes interesadas, según decidieran los Estados Miembros;

Considerando la labor continuada de fortalecimiento de la hoja de ruta, tal y como se solicitó en la decisión WHA76(12),

PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) proseguir las siguientes acciones, en el marco y como parte del proceso consultivo de fortalecimiento de la hoja de ruta de la Iniciativa Mundial de Salud y Paz:
 - a) recopilación de evidencia mediante el resumen de las investigaciones y su análisis;
 - b) comunicación y sensibilización acerca de la Iniciativa Mundial de Salud y Paz y su valor añadido y del enfoque de Salud y Paz para la elaboración de programas;
 - c) creación de capacidad mediante el apoyo técnico y la elaboración de un manual de formación interno de la OMS con fines de programación con arreglo al mandato de la Organización;
 - d) diálogo y establecimiento de alianzas con actores clave para explorar dónde pueden ponerse en común los conocimientos especializados e identificar ámbitos de cooperación;
- 2) informar sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión, prevista para 2026, con el fin de que los Estados Miembros estudien la posibilidad de adoptar nuevas medidas;
- 3) informar a la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre el estado de la hoja de ruta con vistas a una posible hoja de ruta reforzada y consensuada.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión A, tercer informe)

WHA77.10 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General,¹ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que, en el momento de la apertura de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, estaba suspendido el derecho de voto del Afganistán, las Comoras, Dominica, el Gabón, el Líbano, la República Centroafricana, Santo Tomé y Príncipe, Sierra Leona, Somalia, el Sudán, Sudán del Sur, Venezuela (República Bolivariana de) y el Yemen, y que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de esos Estados Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

Observando también que, en el momento de la apertura de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Camerún, el Pakistán y la República Democrática del Congo tenían

¹ Documento A77/21.

² Documento A77/38.

atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender el derecho de voto de esos países en la fecha de apertura de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025,

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios formulada en la resolución WHA41.7 (1988), si en la fecha de apertura de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Camerún, el Pakistán y la República Democrática del Congo todavía tienen atrasos en el pago de sus contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se les suspenderá el derecho de voto a partir de dicha apertura;
- 2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra* se mantendrá en la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;
- 3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión B, primer informe)

WHA77.11 Licencia parental¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

1. ADOPTA las modificaciones del párrafo 6.2 del Estatuto del Personal;³ y
2. DECIDE que esas modificaciones sean efectivas a partir del 1 de enero de 2024.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión B, segundo informe)

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

³ Véase el anexo 2.

WHA77.12 Fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos^{1,2}

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;³

Reafirmando el compromiso con los principios de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978), la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997), la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado (2005) y otros acuerdos internacionales pertinentes sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades;

Recordando que la carga mundial de enfermedades no transmisibles representa el 74 % de todas las muertes mundiales y 1620 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, y observando con preocupación la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, traumatismos y otros problemas de salud;

Reafirmando la importancia de promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas establecidos en 2015 (resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas), en particular el Objetivo 3, y reconociendo al mismo tiempo la falta de progresos en el cumplimiento de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consistente en, para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar, así como la resolución 75/18 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el deporte como facilitador del desarrollo sostenible y la iniciativa emblemática de la UNESCO basada en el deporte «En forma para la vida»;

Reconociendo la importancia del Plan de Acción (2022-2030) con el fin de Aplicar Eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública (decisión WHA75(11) (2022)), así como del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 (resolución WHA66.10 (2013)), prorrogado hasta 2030, y de su llamado a favor de la adopción de medidas multisectoriales para abordar los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles, incluidas las relacionadas con la inactividad física, la alimentación poco saludable y las desigualdades sociales;

Reconociendo el efecto fundamental de la actividad física regular en la salud tanto física como mental, así como el preocupante déficit en el cumplimiento de los niveles de actividad física recomendados por la OMS e incluidos en el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030 (resolución WHA71.6 (2018)) y los desafíos representados por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19);

¹ Definición de eventos deportivos: los eventos deportivos son eventos de duración limitada que tienen un alcance mundial, regional, nacional o comunitario (en cuanto a participación, audiencia y/o cobertura mediática), pueden requerir inversión y pueden tener un impacto en la población y el entorno construido.

Definición de legado de un evento deportivo: «legado» significa los efectos planificados y no planificados de la celebración de un evento deportivo.

Referencia: Definición de eventos mundiales y definición de legado de eventos mundiales (2018) modificada de la OCDE.

² Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

³ Documento A77/4.

Sobre la base de la resolución WHA75.19 (2022) acerca de la promoción del bienestar y la salud y de la decisión WHA76(22) (2023), titulada «Lograr el bienestar: un marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública mediante un enfoque de promoción de la salud», así como de las resoluciones WHA76.2 (2023) acerca de la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias y WHA76.7 (2023) relativa a las ciencias del comportamiento para mejorar la salud;

Reconociendo los importantes desafíos relacionados con la seguridad en materia de salud de los eventos deportivos y reafirmando la resolución WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en la que se subraya que la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias es primordialmente responsabilidad y una función esencial de los gobiernos, así como la resolución WHA75.7 (2022) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos, en la que se reconoce la importante función que desempeñan las ciudades y las autoridades locales en la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias;

Reafirmando las resoluciones adoptadas en periodos de sesiones anteriores de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea de la Salud en las que se hace hincapié en la importancia de la colaboración entre los sectores público y privado, con el fin de promover la integración de la salud en los eventos deportivos, de plena conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales (resolución WHA69.10 (2016));

Reconociendo la importante función que desempeña el deporte en la promoción de la salud y el bienestar y la importancia de los eventos deportivos como canal para llegar a un gran número de personas, así como la influencia de los eventos deportivos en la sociedad a todos los niveles y su potencial para influir en el comportamiento, la salud física y mental y el bienestar de los seres humanos;

Reconociendo que el deporte desempeña una función importante en la promoción del respeto de los derechos humanos y es un puente entre culturas para promover el diálogo, el entendimiento mutuo, la equidad, la no discriminación, el respeto y la igualdad de oportunidades para todos, como menciona la Alianza de Civilizaciones de las Naciones Unidas, y reconociendo el amplio alcance del deporte, que puede ser una vía para el cambio social mediante el empoderamiento y la inclusión;

Reconociendo la importancia del acceso al deporte y a la actividad física sostenible para todos, incluidas las personas con discapacidad, de conformidad con las resoluciones WHA74.8 (2021) relativa al más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad y WHA76.6 (2023) sobre el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud, teniendo en cuenta que las personas con discapacidad se ven confrontadas con mayores obstáculos para acceder a los deportes y a los eventos deportivos, entre los cuales figura la infraestructura que no permite su participación;

Destacando el potencial de las tecnologías digitales para lograr mejoras en los resultados en materia de salud, como se indica en la resolución WHA71.7 (2018) sobre salud digital y, en este sentido, promover la innovación en la planificación, organización y evaluación de los eventos deportivos y de otro tipo, así como para mejorar las mediciones de la actividad física, la vigilancia epidemiológica, el cambio de comportamiento y la innovación,

1. INSTA a los Estados Miembros a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) aprovechar el poder de los eventos y los entornos deportivos, con arreglo a la mejor evidencia disponible, para afrontar desafíos de salud pública más amplios, como la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, las enfermedades no transmisibles, la violencia y los traumatismos, los problemas de salud mental y la inclusión social, y mejorar el bienestar de la sociedad mediante la colaboración y las alianzas con todas las partes interesadas pertinentes, evitando al mismo tiempo el riesgo de que haya influencias indebidas, a través de medidas de transparencia y rendición de cuentas, y los posibles efectos negativos en la salud de las personas;
- 2) aplicar medidas de promoción de la salud eficaces y basadas en la evidencia en los eventos deportivos a escala internacional, regional y nacional y en los entornos deportivos de ámbito subnacional organizados y basados a nivel comunitario, incluso mediante la utilización de tecnologías digitales innovadoras, así como de las ciencias del comportamiento, para mejorar los efectos en la salud de la población a través de la reducción de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y la mejora de la salud mental y social, y del bienestar;
- 3) facilitar y reforzar la capacidad de preparación, disposición operativa y respuesta frente a emergencias sanitarias y asegurarse de que las actividades se planifican aplicando un enfoque basado en los riesgos y se ejecutan en consonancia con las orientaciones de la OMS relativas a las concentraciones multitudinarias a fin de evitar consecuencias adversas para la salud y mantener y reforzar el pleno funcionamiento de los sistemas de salud existentes sin que haya perturbaciones ni sobrecargas durante los eventos deportivos;
- 4) cooperar con la OMS y otras organizaciones pertinentes, según proceda, en la preparación de megaeventos deportivos, incluso mediante la planificación y respuesta en materia de atención médica de emergencia, así como aplicando los principios y las normas básicas y técnicas de la iniciativa Equipos Médicos de Emergencia, según proceda;
- 5) velar por que en los eventos y entornos deportivos se adopten medidas para apoyar de las prioridades mundiales en materia de salud, entre ellas la actividad física, el aire y el agua no contaminados y la alimentación más saludable, para limitar la comercialización de productos no saludables y prohibir o restringir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, de conformidad con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, para promover políticas relativas a las bebidas alcohólicas de conformidad con el Plan de Acción (2022-2030) de la OMS con el fin de Aplicar Eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública, y para reducir al mínimo las consecuencias negativas de los juegos de azar en la salud y el bienestar;
- 6) integrar, como parte de los objetivos de los eventos deportivos, la promoción de la actividad física regular, adaptada y sostenible para personas de todas las edades y capacidades, así como la movilidad no contaminante que sea sostenible y segura, contribuyendo así al control y mejora de la calidad del aire;
- 7) animar a los organizadores de eventos deportivos a que lleven a cabo evaluaciones de los efectos en la salud de estos eventos, su legado y los programas asociados a ellos, para orientar la toma de decisiones, la planificación y la evaluación basadas en la evidencia, según proceda, y a que se aseguren de que se cuenta con la planificación y los recursos adecuados para efectuar evaluaciones a corto, medio y largo plazo después de los eventos, con el fin de evaluar sus efectos en la salud pública, incluida la relación entre los costos y los beneficios para la sociedad que se derive de estas actuaciones;

8) intercambiar y reconocer las mejores prácticas, las enseñanzas extraídas y los enfoques innovadores empleados para integrar la promoción de la salud en el deporte y los eventos deportivos, y fomentar la colaboración, la investigación y el intercambio de conocimientos a escala mundial con el fin de fundamentar las políticas de salud pública, en todos los sectores, incluso a través de las actividades específicas de la OMS y las Redes de Ciudades Saludables, con el objetivo de mejorar la salud y establecer entornos urbanos que favorezcan el bienestar, reduzcan las desigualdades en materia de salud y mejoren la resiliencia de las comunidades;

9) aumentar la accesibilidad a los eventos deportivos y a las intervenciones inclusivas que fomenten el deporte y la actividad física como parte del legado de los eventos deportivos en los entornos comunitarios, incluidos los clubes deportivos, las instituciones educativas, los centros médicos y sociales y los lugares de trabajo, utilizando enfoques basados en la evidencia, con el fin de aumentar la participación en el deporte y la actividad física, al tiempo que se presta especial atención a satisfacer las necesidades de los grupos de población más vulnerables y desfavorecidos, y a reducir las inequidades en materia de salud;

10) fomentar las oportunidades y las alianzas con las partes interesadas pertinentes, tratando al mismo tiempo de evitar el riesgo de que se produzcan influencias indebidas, para aplicar y evaluar el uso de intervenciones y campañas de sensibilización y de cambio de comportamiento destinadas a promover la salud y el bienestar mediante eventos deportivos, incluso a través de las plataformas de los medios de comunicación convencionales y de las redes sociales, en función del contexto y del público destinatario, y reunir pruebas sobre enfoques costoeficaces;

11) estudiar la posibilidad de establecer un día del deporte y la actividad física que se celebre cada año a nivel nacional para potenciar la defensa y la promoción de los beneficios del deporte y la actividad física en la salud y el bienestar;

12) mejorar la colaboración y las alianzas con otras partes interesadas pertinentes, tratando de evitar el riesgo de influencias indebidas, para diseñar y probar nuevas formas de dotar de recursos a la promoción de la salud en los eventos deportivos y a través de ellos y de su legado;

2. INVITA a otras organizaciones internacionales y agentes no estatales pertinentes a que cooperen con los Estados Miembros para:

1) aplicar conjuntamente medidas de promoción de la salud eficaces y basadas en la evidencia, contribuir a la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias cuando se organicen eventos deportivos, y prestar apoyo a la preparación y la respuesta con el fin de promover y proteger la salud de la población, mejorar el bienestar a nivel comunitario y mitigar cualquier efecto negativo en su salud;

2) reforzar las alianzas con otras partes interesadas pertinentes y aprovechar experiencias y recursos para ayudar a promover la salud a través de eventos deportivos basándose en la transparencia, la apertura, la inclusión, la rendición de cuentas, la integridad y el respeto mutuo;

3) prestar apoyo a la evaluación de la promoción de la salud y la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en los eventos deportivos, y facilitar dichos datos e información para reforzar la base de evidencias asociada a la planificación, la ejecución y la evaluación de los eventos deportivos y su legado a corto, medio y largo plazo;

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) generar y ampliar la base de evidencias sobre los efectos a corto, medio y largo plazo de los eventos deportivos y los programas relativos a su legado en la salud;
- 2) elaborar orientaciones técnicas para los Estados Miembros sobre el modo de aplicar y aprovechar las oportunidades y el alcance de los eventos deportivos y los programas relativos a su legado, con el fin de mejorar la salud y el bienestar, reducir al mínimo sus posibles efectos perjudiciales para la salud y prestar asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para aplicar las orientaciones en el contexto nacional;
- 3) proporcionar a los Estados Miembros el apoyo, la formación y los instrumentos técnicos adecuados para llevar a cabo evaluaciones del impacto en la salud de los eventos deportivos y sus legados;
- 4) brindar formación y asistencia técnica a los Estados Miembros que las soliciten sobre la aplicación de las orientaciones e instrumentos existentes de la OMS en materia de concentraciones multitudinarias, en particular para establecer equipos médicos de emergencia, según proceda, y elaborar los instrumentos adicionales que sean necesarios para planificar, ejecutar y evaluar eventos deportivos;
- 5) establecer una plataforma para coordinar los esfuerzos y las actividades de los Estados Miembros a fin de facilitar el intercambio de experiencias y mejores prácticas para lograr sinergias y aumentar los efectos positivos en la salud y el bienestar de los eventos deportivos y los programas relativos a su legado;
- 6) prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen eficazmente las jornadas nacionales e internacionales apropiadas sobre el deporte o las cuestiones pertinentes relativas a la salud a fin de resaltar la importancia de la actividad física y el deporte para promover la salud y el bienestar;
- 7) establecer y reforzar alianzas con otras organizaciones internacionales y agentes no estatales, de plena conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, movilizar conocimientos especializados y recursos, y examinar y analizar posibles modelos, que incluyan la financiación, para reforzar la promoción de la salud a través de eventos deportivos, protegiendo al mismo tiempo los intereses de la salud pública frente a la influencia indebida de cualquier tipo de conflicto de intereses real, aparente o potencial;
- 8) presentar a la Asamblea de la Salud, en 2027 y 2030, informes sobre los progresos realizados en los que se expongan los logros y los obstáculos relacionados con la integración de la salud y el bienestar en los eventos deportivos.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024 –
Comisión B, segundo informe)

WHA77.13 Aspectos económicos de la salud para todos¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se reconoce que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Recordando también la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas y los compromisos asumidos para lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones —económica, social y ambiental— de forma equilibrada e integrada a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), incluido el indicador 3.8.2 (Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares), así como la promesa de no dejar a nadie atrás;

Recordando además la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, titulada «Cobertura sanitaria universal: ampliar nuestra ambición de salud y bienestar en el mundo posterior a la COVID», adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 78/4 (2023);

Recordando también el Convenio sobre la Diversidad Biológica, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Acuerdo de París en virtud de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, así como el Marco Mundial sobre los Productos Químicos: por un Planeta Libre de los Daños derivados de los Productos Químicos y los Desechos, y tomando nota de la Declaración sobre el clima y la salud de la 28.^a Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en particular mediante la aplicación del principio de «Una sola salud» en su respectivo ámbito de aplicación;

Recordando además el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025 y sus prioridades estratégicas, que exigen un cambio en las modalidades de trabajo en el sector de la salud y en otros sectores y nuevas alianzas y ámbitos de colaboración;

Tomando nota de las resoluciones WHA58.33 (2005) sobre la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal y el seguro social de enfermedad; WHA62.14 (2009) relativa a la reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud; WHA64.9 (2011) sobre las estructuras de financiación sostenible de la salud y la cobertura universal; WHA72.8 (2019) sobre la mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios; WHA73.8 (2020) sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005); WHA74.6 (2021) sobre el fortalecimiento de la producción local de

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

medicamentos y otras tecnologías de la salud para mejorar el acceso; WHA74.16 (2021) sobre los determinantes sociales de la salud, y WHA75.19 (2022) sobre la promoción del bienestar y la salud;

Recordando la Declaración de Alma-Ata (1978) y tomando nota de la labor realizada en la OMS a nivel mundial y regional sobre el vínculo entre la economía, la salud y el bienestar, incluida la Carta de Ginebra para el Bienestar (2021);

Reconociendo que las políticas económicas deben ser fiscalmente sostenibles y socialmente responsables e inclusivas, y reconociendo la necesidad de tener en cuenta la salud ambiental en la formulación de políticas económicas, así como el papel de la equidad, la igualdad de género, la solidaridad, la cohesión y la sostenibilidad para todos en los análisis, modelos y evaluaciones económicos generales;

Reconociendo también que la salud y la economía están interconectadas y que, a este respecto, la perspectiva de una economía del bienestar se puede utilizar para situar a las personas y su salud y bienestar en el centro del proceso decisorio, subrayando al mismo tiempo el carácter simbiótico de la salud, el bienestar y la economía;

Reconociendo además que las políticas económicas sólidas y sostenibles ponen de relieve la importancia de invertir en medidas y estructuras eficaces, eficientes y equitativas, incluida la infraestructura del sistema de salud, que garanticen el acceso equitativo de todos, en particular las mujeres y las niñas, a los servicios públicos, incluidos los servicios de salud, prestando especial atención al acceso equitativo a la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como a los servicios sociales y los cuidados de larga duración y, al mismo tiempo, proporcionen protección contra los riesgos financieros;

Reconociendo también que las inversiones eficientes y a largo plazo en los determinantes de la salud y el bienestar pueden contribuir a frenar el aumento de los costos en materia de salud y bienestar social y, por lo tanto, representan una inversión para las generaciones futuras;

Reconociendo además que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y otras crisis, así como sus efectos directos e indirectos, y acontecimientos importantes como la digitalización, el cambio demográfico y las limitaciones macroeconómicas ponen de relieve la importancia crítica de las inversiones en los sistemas de salud, en particular en el personal de salud y con el objetivo de abordar los determinantes de la salud en sentido más amplio, incluidos los factores de exclusión social, la malnutrición, la precariedad de la vivienda y las malas condiciones de trabajo, la falta de acceso a la educación y otras inequidades arraigadas, y que estas inversiones son fundamentales para la prevención, la preparación y la respuesta frente a pandemias y para que las sociedades, las comunidades y las economías sean resilientes;

Reconociendo también que un gasto insuficiente en materia de salud socava significativamente los resultados de salud de la población por cuanto restringe el acceso a los servicios de salud, obstaculiza el desarrollo de la infraestructura de salud, contribuye a la escasez de profesionales de la salud cualificados, limita las medidas preventivas, aumenta la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, reduce la capacidad de respuesta a emergencias y exacerba las desigualdades en materia de salud, con lo cual deja a las personas vulnerables en una situación más desfavorable, y observando con preocupación que los efectos negativos de las limitaciones económicas socavan la capacidad de algunos países para invertir en el sector de la salud;

Reconociendo además que, si bien el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el ejercicio progresivo de ese derecho requiere el compromiso de realizar inversiones amplias, equitativas y sostenibles a largo plazo que sean importantes para la salud y el bienestar de todos;

Reconociendo también que el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante todo el curso de la vida de todas las mujeres y las niñas, el logro de la igualdad de género y el reconocimiento del valor del trabajo doméstico y de los cuidados no remunerados, así como de las funciones de la mujer en la conformación de la mayoría del personal de salud a escala mundial, son elementos fundamentales para unas economías sostenibles, equitativas e inclusivas, el desarrollo y el bienestar para todos;

Reconociendo que la salud para todos no concierne solo a los ministerios de salud, sino que es una cuestión pertinente para el conjunto del Gobierno y de la sociedad y desde la perspectiva de un enfoque de la Salud en todas las Políticas, lo cual requiere rendición de cuentas y coherencia en materia de políticas en todos los sectores, a fin de configurar y reformular las políticas públicas, las alianzas, las instituciones y los instrumentos relativos a los bienes comunes para la salud, al tiempo que se promueve la incorporación de la perspectiva de género y no se deja a nadie atrás;

Reconociendo la necesidad de aumentar la participación de los agentes no gubernamentales, incluido el sector privado, para contribuir a la salud y el bienestar equitativos, así como el papel fundamental del Gobierno en la tarea de garantizar la rectoría y proporcionar acceso a servicios de salud equitativos para todos y rendición de cuentas, reconociendo al mismo tiempo los diferentes contextos nacionales;

Reconociendo también la importancia de la salud de las personas y el entorno como base de unas economías y unas sociedades prósperas, así como la necesidad de un enfoque holístico al adoptar decisiones relativas al bienestar de las personas y, por consiguiente, la importancia de colaborar con la sociedad civil y las comunidades locales, velando por la diversidad y la inclusión al formular y aplicar políticas que reconozcan la interrelación entre el bienestar, la salud y la economía;

Reconociendo asimismo el papel fundamental de la OMS en el fortalecimiento del liderazgo en materia de salud y bienestar en el contexto de las políticas de desarrollo nacionales e internacionales orientadas a prevenir y mitigar los riesgos sociales, ambientales, económicos y de otra índole para la salud, y subrayando la importancia de que la OMS dé muestras de liderazgo al abogar por la financiación de la salud y el bienestar en todos los sectores, en su condición de organismo de las Naciones Unidas que actúa como autoridad directiva y coordinadora en materia de salud a escala internacional;

Tomando nota de los trabajos sobre la interrelación entre el bienestar, la salud y la economía realizados por las Naciones Unidas, sus organismos especializados y organizaciones internacionales competentes, como el Grupo Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, entre otras, así como del fortalecimiento del diálogo entre los sectores de la salud y las finanzas con miras a una financiación sostenible de la salud;

1. INSTA a los Estados Miembros¹ a que, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) considerar la interrelación entre la salud y la economía, incluir horizontalmente en las políticas nacionales una perspectiva de economía del bienestar y situar a las personas, su salud y su bienestar en el centro de la formulación de políticas;
- 2) llevar a cabo, cuando proceda, intervenciones normativas eficaces y basadas en la evidencia a nivel nacional que reorienten las estrategias económicas y de innovación hacia la salud y el

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

bienestar para todos, e incluyan el examen de las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad;

3) invertir en la infraestructura de los sistemas de salud, incluida la capacitación y la fidelización de recursos humanos para la salud, a fin de desempeñar las funciones esenciales de salud pública y facilitar el acceso a servicios de salud de calidad, entre otras cosas mediante la financiación nacional y la asistencia oficial para el desarrollo, según sea necesario para lograr la cobertura sanitaria universal;

4) trabajar para que las inversiones públicas y privadas en actividades nocivas para la salud y el bienestar de las personas se reorienten hacia inversiones que mejoren esos aspectos, en particular mediante el fortalecimiento de la responsabilidad social de las empresas;

5) considerar los vínculos simbióticos entre la economía y la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente, que son fundamentales para la resiliencia y la estabilidad de las economías de todo el mundo y requieren medidas multisectoriales y costoeficaces, así como la prevención de los factores que impulsan la pérdida de biodiversidad, la contaminación y el cambio climático;

6) abordar los determinantes sociales y económicos que generan inequidades en materia de salud, en particular las desigualdades de género y las diferencias en el nivel de desarrollo, y que afectan de manera desproporcionada a las personas en situaciones de vulnerabilidad y marginación, así como a los grupos de población a los que es difícil llegar, y determinan su distribución desigual dentro de los países y entre ellos, al mismo tiempo que no se deja a nadie atrás;

7) reconocer que la salud es un requisito previo para el desarrollo y que, como parte de estrategias más amplias de desarrollo sostenible, las políticas deben perseguir activamente, y de manera simbiótica, el desarrollo económico inclusivo y la salud de las poblaciones, así como la conformación de sociedades sostenibles que incluyan unos sistemas de salud resilientes, a fin de lograr un equilibrio entre las inversiones multisectoriales a corto y largo plazo que permita mantener la salud y el bienestar a lo largo del tiempo y para las generaciones futuras;

8) reconocer la importancia de establecer capacidades y mecanismos multisectoriales en el plano nacional a fin de reorientar la economía, de modo que la financiación de la salud se considere una inversión y no un gasto, y pedir la introducción de cambios, en particular equipando a todos los sectores pertinentes, incluidos el sector de la salud y el financiero, y propiciando la colaboración entre ellos, a partir de la evidencia disponible sobre el vínculo entre la salud y la economía y la importancia de movilizar la financiación nacional, así como sobre el papel que podría desempeñar la financiación innovadora y complementaria a este respecto;

2. ALIENTA a los Estados Miembros, las instituciones financieras internacionales y regionales y otros asociados internacionales, regionales y nacionales, así como a las partes interesadas no gubernamentales, los donantes y los asociados, a que, de conformidad con sus respectivos mandatos, tengan a bien:

1) abogar, junto con la Secretaría, por mantener en la toma de decisiones un equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental, en particular mediante la creación de oportunidades para el diálogo entre los sectores de la salud y las finanzas públicas, con la participación de asociaciones económicas regionales, instituciones financieras internacionales y bancos nacionales y regionales de desarrollo, a fin de que tengan en cuenta en sus actividades, según proceda, los aspectos económicos de la salud para todos, la relación costo-eficacia y la sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud;

- 2) apoyar el intercambio de conocimientos e información sobre política fiscal con objeto de invertir más en bienes comunes para la salud y de producirlos, a fin de promover la sostenibilidad económica, ambiental y social, en función de las posibilidades presupuestarias, y, al mismo tiempo, garantizar su eficiencia y sostenibilidad fiscal;
3. PIDE al Director General que tenga a bien:
- 1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros y dentro de los límites de los recursos disponibles, según proceda, una estrategia dirigida a aplicar un enfoque basado en los aspectos económicos de la salud para todos, que incluya medidas prioritarias para los Estados Miembros y otros agentes, con miras a su consideración por la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2026 por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión;
 - 2) desarrollar y mantener, con los recursos existentes y según proceda, un programa de trabajo intersectorial sobre los aspectos económicos y la salud para todos que incluya componentes estratégicos, normativos, de promoción, técnicos, analíticos y de participación en el contexto de la esfera programática de la OMS sobre financiación y aspectos económicos de la salud, lo que incluye incrementar los conocimientos especializados y la capacidad de la Secretaría en todos los niveles en lo que respecta a las cuestiones económicas e intersectoriales, en particular en materia de igualdad de género, así como contribuir a la erradicación de la pobreza, entre otras cosas;
 - 3) examinar, según proceda, el informe final del Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos en lo relativo a los niveles nacional, regional y mundial, con miras a promover un enfoque basado en los aspectos económicos de la salud para todos;
 - 4) apoyar el fortalecimiento de la capacidad de las autoridades de salud nacionales para mejorar la participación y la negociación con el sector financiero, entre otros sectores, a fin de incorporar los aspectos económicos de la salud para todos a las políticas nacionales y a las negociaciones con los agentes regionales y mundiales;
 - 5) prestar asistencia técnica a los países en lo relativo a la movilización de recursos internos y a otras vías fiscalmente sostenibles que permitan financiar el ejercicio progresivo del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, lo que incluye la financiación de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud en sentido más amplio y el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como de su preparación y resiliencia;
 - 6) colaborar con los Estados Miembros, el Secretario General de las Naciones Unidas y otros organismos especializados pertinentes de las Naciones Unidas en la definición de los mensajes esenciales sobre los aspectos económicos de la salud para todos y en su incorporación al proceso de preparación de las futuras conferencias de las Naciones Unidas como componentes de importancia crítica para el desarrollo sostenible;
 - 7) mejorar el acceso de las oficinas en los países a conocimientos especializados que les permitan prestar asistencia técnica, a petición de los Estados Miembros, a fin de colaborar con el sector financiero y otros sectores con miras a incorporar los aspectos económicos de la salud para todos en las políticas nacionales, en particular mediante la creación de capacidad por conducto de la Academia de la OMS y los centros colaboradores de la OMS;

8) informar sobre la aplicación de la presente resolución a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión y, posteriormente, presentar informes sobre la marcha de los trabajos a las reuniones 81.^a y 83.^a de la Asamblea Mundial de la Salud en 2028 y 2030, respectivamente.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024
Comisión B, segundo informe)

WHA77.14 Cambio climático y salud¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Recordando la resolución WHA61.19 (2008) sobre cambio climático y salud, y acogiendo con beneplácito la labor realizada hasta la fecha por la OMS para ponerla en aplicación;

Recordando también la resolución WHA68.8 (2015) relativa a la lucha contra el impacto sanitario de la contaminación del aire y la resolución WHA76.17 (2023) relativa a los efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana, en las cuales se reconoce el vínculo existente entre la salud, el medio ambiente y el cambio climático;

Reconociendo que el cambio climático es una de las principales amenazas que pesan sobre la salud pública mundial y tomando nota del urgente llamamiento formulado por el Director General en pro de una acción climática a escala mundial para promover la salud y establecer sistemas de salud sostenibles y resilientes ante el cambio climático;

Consciente de que las condiciones y fenómenos meteorológicos extremos, cuya frecuencia va en aumento, resultan cada vez más gravosos para el bienestar, los medios de subsistencia y la salud física y mental de las personas, además de amenazar los sistemas y establecimientos de salud; y de que la evolución de la meteorología y el clima hace pesar amenazas sobre la diversidad biológica y los ecosistemas, la seguridad alimentaria, la nutrición, la calidad del aire y un acceso seguro y suficiente a los recursos hídricos y provoca un aumento de las enfermedades transmitidas por los alimentos, el agua y los vectores, poniendo de relieve la necesidad de aplicar rápidamente a mayor escala medidas adaptativas para lograr que los sistemas de salud sean más resilientes ante el clima;

Recordando que los sistemas de salud modernos también contribuyen a la contaminación del medio ambiente y a cerca de un 5 % de las emisiones de carbono en el mundo,³ en particular de un extremo a otro de la cadena de suministro, desde la fabricación, compra, distribución y utilización de los productos hasta la generación de desechos y su eliminación, lo que repercute negativamente en la salud; y subrayando la necesidad de adoptar medidas de mitigación y adaptación y de utilizar las nuevas tecnologías para lograr que los sistemas de salud sean más sostenibles desde el punto de vista ambiental, incluida la atención primaria de salud;

Reconociendo que el ritmo y el alcance de las labores de mitigación y adaptación se están viendo superados por las amenazas derivadas del cambio climático, lo que genera una serie de efectos abruptos y duraderos sobre la salud y el bienestar; y subrayando la necesidad de preparar el sector de la salud y

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/4.

³ Véase el documento EB154/25.

gestionar sus necesidades para evitar, reducir al mínimo y afrontar las pérdidas y los daños con objeto de ayudar a proteger y reforzar la resiliencia ante el cambio climático de personas, comunidades, trabajadores, medios de subsistencia y ecosistemas, en particular proporcionando financiación para ayudar a los países en desarrollo que son especialmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático a responder a las pérdidas y los daños;

Reconociendo que el limitado acceso a la financiación es uno de los principales obstáculos a la hora de alumbrar sistemas de salud sostenibles y resilientes ante el cambio climático;

Tomando nota asimismo de que el cambio climático está poniendo en peligro la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la realización de sus metas, así como el compromiso de «no dejar a nadie atrás», y está lastrando el esfuerzo de los Estados Miembros y la Secretaría de la OMS por mejorar la salud pública y reducir las desigualdades en materia de salud en todo el mundo posibilitando un acceso oportuno, equitativo y universal a los servicios y productos de salud esenciales, especialmente en los países en desarrollo;

Expresando preocupación por el último informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, en el cual se afirma que la continuidad de las emisiones afectará aún más a todos los componentes básicos del sistema climático, que muchos cambios serán irreversibles durante siglos o milenios y se irán agudizando a medida que progrese el calentamiento global; y que, en ausencia de medidas urgentes, efectivas y equitativas de mitigación y adaptación, el cambio climático supone una amenaza creciente para los ecosistemas, la diversidad biológica y los medios de subsistencia, la salud y el bienestar de las generaciones actuales y venideras;¹

Reconociendo que todo nuevo retraso de una actuación concertada y anticipatoria de adaptación y mitigación a escala mundial supondrá dejar escapar una efímera y esquiva oportunidad para asegurar un futuro llevadero y sostenible para todos;² y que la aceleración de la adopción de medidas de adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos también puede beneficiar indirectamente a la salud y el desarrollo sostenible;

Reconociendo también que las pruebas científicas, los diversos conocimientos especializados y la experiencia que atesora el mundo, incluidos los conocimientos, sistemas y usos locales, tradicionales e indígenas, para responder al problema del cambio climático y la salud han mejorado considerablemente y, al mismo tiempo, que es necesario invertir en la investigación para secundar respuestas políticas apropiadas, que indirectamente van a beneficiar tanto a la salud como al medio ambiente;

Recordando la Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables;

Tomando nota con aprecio de la importante labor que hasta la fecha ha realizado la Alianza para la Acción Transformadora sobre Clima y Salud (la Alianza), dirigida por la OMS, para hacer realidad el ambicioso afán establecido en el 26.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención

¹ Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Summary for Policymakers. En: Climate change 2023: Synthesis report. Contribución de los grupos de trabajo I, II y III al Sexto informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Ginebra, Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, 2023:24 (<https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/>), consultado el 27 de mayo de 2024.

² Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Summary for Policymakers. En: Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability. Contribución del Grupo de Trabajo II al Sexto informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Cambridge y Nueva York, Cambridge University Press, 2022:33 (<https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>), consultado el 27 de mayo de 2024.

Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático de erigir sistemas de salud sostenibles y resilientes ante el cambio climático, y también de la Iniciativa sobre Acción Climática y Nutrición (I-CAN), presentada en el 27.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático e institucionalizada a través de la Alianza, que proporciona a los Estados Miembros de la OMS y demás partes interesadas una red oficiosa para intercambiar conocimientos, facilitar el acceso a asistencia técnica y financiación, prestar servicios de seguimiento y garantía de la calidad y ayudar a impulsar un cambio mundial en pro de la acción climática y la salud;

Tomando nota de la Declaración sobre el clima y la salud (2023) aprobada por el 28.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en particular en lo relativo a una mejor integración de las consideraciones de salud en los procesos de política climática y la integración de las consideraciones climáticas en los programas de política de salud, tras la celebración del primer Día de la Salud y la reunión ministerial sobre clima-salud en el 28.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes;

Reconociendo los complejos y poliédricos problemas que plantean el cambio climático, la contaminación y la pérdida de diversidad biológica, así como la malnutrición en todas sus formas, y recalando que para afrontar esas crisis se requieren una perspectiva verdaderamente integrada y una labor coordinada, asentada en planteamientos que integren al conjunto de las administraciones públicas, al conjunto de la sociedad y el enfoque de «Una sola salud»;

Reconociendo también que el cambio climático exacerba las desigualdades existentes en materia de salud y de género y acentúa la vulnerabilidad, y que muchas de las personas que se encuentran en situación de marginación y vulnerabilidad son hoy las más afectadas por los riesgos para la salud sensibles al clima, como el calor extremo, la deficiente calidad del aire, la falta de agua suficiente, las inundaciones, los fenómenos meteorológicos extremos, la inseguridad alimentaria y las enfermedades infecciosas emergentes o transmitidas por vectores, que pueden contribuir a la migración y el desplazamiento de personas;

Subrayando la importancia de prestar especial atención a las personas que se ven desproporcionadamente afectadas y a las que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad, en particular las mujeres y las niñas, al configurar sistemas de salud y de acción climática inclusivos y equitativos que atajen la desigualdad de género y las diferencias en cuanto a necesidades y oportunidades; y de procurar lograr una participación, una influencia y un acceso equitativos en lo que respecta a los procesos de toma de decisiones relacionados con el clima, los recursos financieros y demás beneficios que resulten de la inversión en la acción climática, como información, tecnología o servicios ligados al clima;

Recordando la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Acuerdo de París;

Recordando también el párrafo 1 del artículo 2 del Acuerdo de París, según el cual el Acuerdo, al mejorar la aplicación de la Convención, incluido el logro de su objetivo, tiene por objeto reforzar la respuesta mundial a la amenaza del cambio climático, en el contexto del desarrollo sostenible y de los esfuerzos por erradicar la pobreza;

Recordando además el párrafo 2 del artículo 2 del Acuerdo de París, según el cual el Acuerdo se aplicará de modo que refleje la equidad y el principio de las responsabilidades comunes pero diferenciadas y las capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales;

Reconociendo la importancia de contar con los mejores conocimientos científicos disponibles para que la acción climática y la formulación de políticas sean eficaces;

1. EXHORTA a los Estados Miembros¹ a:

1) comprometerse a:

a) fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático, adoptando un enfoque que integre la salud en todas las políticas, sin desviar recursos destinados a la atención primaria de salud, y considerar la posibilidad de participar de manera constructiva en el próximo plan de acción mundial;

b) realizar evaluaciones periódicas de la vulnerabilidad y la adaptación en relación con el cambio climático y la salud con miras a formular un plan nacional de adaptación de la salud u otras estrategias de planificación de la adaptación, según proceda y de acuerdo con el contexto nacional;

c) cooperar en la formulación y aplicación de planes de acción nacionales, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales, orientados a la descarbonización y a garantizar sistemas de salud, instalaciones y cadenas de suministro ambientalmente sostenibles, en particular en lo que respecta a cuestiones de consumo, adquisiciones y transporte de recursos como el agua, la energía y los alimentos, y eliminación de los desechos que generan, así como los suministros médicos, el equipo, los productos farmacéuticos y las sustancias químicas, con miras a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, solamente cuando ello no ponga en peligro la prestación y la calidad de la atención de la salud, en consonancia con las orientaciones pertinentes de la OMS;²

d) integrar los datos sobre el clima en los sistemas existentes de seguimiento, alerta temprana, vigilancia y recopilación de datos, incluidos los datos desglosados por sexo, edad, discapacidad y cualquier otro factor pertinente, cuando proceda, a fin de permitir la adopción de decisiones basadas en la evidencia e intervenciones específicas que respondan a los efectos del cambio climático, incluidas las pérdidas y los daños, en la salud y los sistemas de salud, así como a los efectos del sector de la salud en el medio ambiente;

2) colaborar, según proceda, con la Alianza para la Acción Transformadora sobre Clima y Salud en cuanto que plataforma dirigida por la OMS para el intercambio de conocimientos y prácticas óptimas, y para la colaboración en la creación de sistemas de salud sostenibles y resilientes a los efectos adversos del cambio climático;

3) movilizar atención de alto nivel sobre el clima y la salud y los aspectos conexos en foros multilaterales, tras el Día de la Salud y la reunión ministerial sobre clima-salud que tuvieron lugar en el 28.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, a fin de ayudar a garantizar una visibilidad y un impulso políticos sostenidos y concretos, y explorar maneras de integrar la salud en las acciones climáticas en pro de la adaptación, la mitigación y las pérdidas y los daños;

4) promover la cooperación intersectorial y multisectorial entre los ministerios nacionales de salud y las autoridades nacionales competentes en materia de cambio climático para abordar las interrelaciones entre el medio ambiente, la economía, la salud, la nutrición y el desarrollo sostenible, en pro de un enfoque coherente y holístico para fomentar la resiliencia y abordar las causas

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

² Marco operacional para el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/259518>), consultado 27 de mayo de 2024.

profundas del cambio climático y los determinantes ambientales y sociales de la salud sensibles al clima, teniendo en cuenta el enfoque de «Una sola salud», en consonancia con el contexto nacional, según proceda;

- 5) apoyar los esfuerzos encaminados a movilizar recursos de todas las fuentes para una actuación integrada en materia de clima y salud y considerar la posibilidad de ampliar las oportunidades de financiación multilateral, centrándose en los países en desarrollo, en particular en los que son especialmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático, por ejemplo, a través de bancos multilaterales de desarrollo, fondos multilaterales existentes, entre otros, los fondos para el clima y los fondos para la salud, y fuentes innovadoras;
- 6) invertir en medidas de adaptación al clima que aborden de forma proactiva las consecuencias para la salud relacionadas con el clima, incluidos los sistemas de alerta temprana para los brotes epidémicos relacionados con el clima y la mejora de la preparación y respuesta frente a emergencias; y en la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias;
- 7) promover la sensibilización de los sectores público y de la salud acerca de la interdependencia entre el cambio climático y la salud, así como su implicación en la formulación de políticas en materia de clima y salud, fomentando el reconocimiento de los beneficios indirectos para la salud y de un comportamiento sostenible en consonancia con el contexto y las prioridades nacionales;
- 8) fomentar la colaboración entre los responsables de la formulación de políticas, los investigadores y los desarrolladores a fin de acelerar la traducción de los datos empíricos en políticas e innovación en el ámbito del clima y la salud;
- 9) promover la investigación y el desarrollo para detectar, prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades sensibles al clima y los efectos en la salud y responder a ello, y prestar apoyo a las comunidades afectadas en sus esfuerzos por adaptarse a los efectos del cambio climático mediante la creación de un entorno propicio que facilite el acceso equitativo a herramientas de salud a las personas que más sufren las consecuencias de las enfermedades sensibles al clima y los efectos en la salud del cambio climático;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) elaborar un plan de acción mundial de la OMS sobre cambio climático y salud basado en los resultados, orientado a las necesidades e impulsado por las capacidades, con arreglo a los recursos existentes, en la medida de lo posible, que sea coherente con el texto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Acuerdo de París a fin de someterlo a la consideración de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en 2025, integrando firmemente el clima en toda la labor técnica de la OMS en los tres niveles de la Organización y haciendo hincapié en la necesidad de cooperación intersectorial, según proceda;
- 2) incluir y acelerar las medidas sobre cambio climático y salud en la aplicación del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, insistiendo en las interrelaciones entre la salud y otros sectores y la necesidad de cooperación intersectorial;
- 3) actuar como líder mundial en el ámbito del cambio climático y la salud, incluso, entre otras cosas y cuando sea factible y con arreglo a los recursos disponibles, mediante el establecimiento de una hoja de ruta de la OMS hacia las cero emisiones netas de aquí a 2030 para la Secretaría de la OMS, en consonancia con la Hoja de Ruta Mundial de las Naciones Unidas para la Acción Acelerada hacia el ODS7 en apoyo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático;

- 4) colaborar con el conjunto del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados pertinentes en los planos nacional, regional y multilateral para fomentar una acción sobre el clima y la salud más integrada y coherente que haga avanzar la igualdad de género, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible a fin de promover la sinergia y la coherencia con otras organizaciones y foros internacionales pertinentes, en particular la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y los procesos del Acuerdo de París;
- 5) apoyar a los Estados Miembros que lo soliciten en la formulación de estrategias nacionales para dotarse de sistemas de salud sostenibles y resilientes al clima mediante, entre otras intervenciones, la creación de capacidad de los profesionales de la salud e impartiendo capacitación a los profesionales de la salud acerca de la interdependencia entre el cambio climático y la salud, teniendo en cuenta, entre otras cosas, el enfoque de «Una sola salud», en la medida de lo posible;
- 6) informar a la Asamblea de la Salud en 2025, 2027 y 2029 sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, en particular sobre la elaboración y aplicación del plan de acción mundial sobre cambio climático y salud.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024
Comisión B, segundo informe)

WHA77.15 Armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Teniendo en cuenta la resolución 52/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (7 de julio de 1998) sobre la participación de Palestina en la labor de las Naciones Unidas, la resolución WHA53.13 (20 de mayo de 2000) sobre la armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas y la resolución ES-10/23 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (10 de mayo de 2024) sobre la admisión de nuevos Miembros en las Naciones Unidas,

DECIDE, sin sentar precedente, conferir a Palestina en la Asamblea Mundial de la Salud y en otras reuniones de la Organización Mundial de la Salud, en su calidad de Estado observador, los siguientes derechos y prerrogativas, sin perjuicio de sus derechos y prerrogativas ya reconocidos:

- 1) el derecho a ocupar un asiento entre los Estados Miembros por orden alfabético;
- 2) el derecho a inscribirse en la lista de oradores para otros puntos del orden del día que no sean la cuestión palestina y la cuestión de Oriente Medio, en el orden en que manifieste su deseo de hacer uso de la palabra;
- 3) el derecho a formular declaraciones en nombre de un grupo, incluso entre los representantes de los grupos principales;
- 4) el derecho a formular propuestas y enmiendas, incluso oralmente, y a presentarlas en nombre de un grupo;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

- 5) el derecho a copatrocinar propuestas y enmiendas, incluso en nombre de un grupo;
- 6) el derecho a formular explicaciones de voto en nombre de los Estados Miembros de un grupo;
- 7) el derecho de respuesta en relación con las posiciones de un grupo;
- 8) el derecho a presentar mociones de procedimiento, como plantear cuestiones de orden y solicitar que se someta a votación una propuesta, incluido el derecho a impugnar la decisión de la presidencia, incluso en nombre de un grupo;
- 9) el derecho a proponer la inclusión de puntos en el orden del día provisional de las reuniones ordinarias o extraordinarias y el derecho a solicitar la inclusión de puntos suplementarios o adicionales en el orden del día de las reuniones ordinarias o extraordinarias,
- 10) el derecho de los miembros de la delegación de Palestina a ser elegidos miembros de las mesas en el pleno y las comisiones principales de la Asamblea de la Salud;
- 11) el derecho a la participación plena y efectiva en las reuniones celebradas bajo los auspicios de la Asamblea de la Salud;
- 12) Palestina, en su calidad de Estado observador, no tiene derecho a votar en la Asamblea de la Salud ni a presentar su candidatura a los órganos de la OMS.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024
Comisión B, tercer informe)

WHA77.16 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Tomando nota de la función de la OMS con arreglo a su mandato como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;

Expresando su gran preocupación por la catastrófica situación humanitaria en la Franja de Gaza, y sus amplias consecuencias para la población civil, y habida cuenta de la gravedad de la escalada actual, y de la magnitud de los ingentes daños ocasionados al sector de la salud pública, que, hasta la fecha, han provocado miles de muertos y lesionados entre la población civil, la mayoría de ellos niños, mujeres y personas mayores, incluido el personal humanitario y de salud, además de miles de víctimas que aún siguen bajo los escombros;

Poniendo de relieve que debe protegerse a todos los civiles, incluidos los trabajadores de la salud y de la ayuda humanitaria, de conformidad con el derecho internacional humanitario, y deplorando a este respecto las numerosas bajas civiles y la destrucción generalizada;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/12.

Expresando asimismo preocupación por la destrucción a gran escala de establecimientos de salud, incluidos hospitales y ambulancias, y por la catastrófica situación humanitaria que se ha infligido al sistema de salud pública en la Franja de Gaza;

Reconociendo que los ataques contra el personal médico y de salud tienen efectos perdurables, incluidos la pérdida de vidas y el sufrimiento humano, debilitan la capacidad de los sistemas de salud de prestar servicios esenciales para salvar vidas y entorpecen el desarrollo en materia de salud;

Expresando también su profunda preocupación por la muerte de más de 100 miembros del personal de las Naciones Unidas, algunos de ellos de la OMS;

Encomiando a la OMS, a su Director General y a su personal y a los asociados del grupo de acción sobre salud que se encuentran sobre el terreno por mantenerse allí y cumplir su cometido, y por sus incansables esfuerzos para atender la situación sobre el terreno en la Franja de Gaza, desde el principio, pese a los graves peligros para su vida, y expresando su agradecimiento a todos los organismos humanitarios y sus asociados en la ejecución que prestan ayuda esencial para mitigar los efectos del conflicto en los civiles;

Teniendo presente el llamamiento a un alto el fuego humanitario por invocación del Artículo 99 de la Carta de las Naciones Unidas;¹

Recordando las disposiciones aplicables de los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales, así como el pertinente derecho internacional consuetudinario referente a la protección de los heridos y enfermos, el personal médico y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos médicos, y la obligación de todas las partes en los conflictos armados de respetar y hacer respetar el derecho internacional humanitario en todas las circunstancias;²

Recordando además las obligaciones específicas que impone el derecho internacional humanitario de respetar y proteger contra ataques, en situaciones de conflicto armado, al personal médico y al personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos médicos, y de asegurar que los heridos y los enfermos reciban, en la mayor medida factible y en el plazo más breve posible, la atención médica que requieran;³

Expresando su preocupación por el inadecuado acceso humanitario a la población civil palestina, y las graves consecuencias que ello conlleva para esta, y subrayando la urgente necesidad de medidas humanitarias necesarias, incluidas pausas humanitarias, para asegurar acceso humanitario pleno, rápido, seguro y sin trabas por toda la Franja de Gaza;

Expresando también su preocupación por la difícil situación en que se encuentran los hospitales, otros establecimientos médicos y las ambulancias, y la obstrucción de la provisión del combustible necesario para su funcionamiento, lo que pone en peligro la vida de los enfermos y los heridos, e impide

¹ Carta de fecha 6 de diciembre de 2023 del Secretario General de las Naciones Unidas dirigida a la Presidencia del Consejo de Seguridad por la que se invocaba el Artículo 99 de la Carta de las Naciones Unidas (documento de las Naciones Unidas S/2023/962).

² Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la protección de los heridos y enfermos, el personal sanitario y el personal humanitario en situaciones de conflicto armado; resolución WHA65.20 (2012) sobre la respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias.

³ Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

la realización de operaciones y procedimientos médicos, y el funcionamiento de equipo médico, como incubadoras para recién nacidos prematuros y equipo quirúrgico y de reanimación para personas que sufren afecciones médicas graves;

Expresando además su preocupación por el hecho de que la población civil se ha visto expuesta a conflictos y a inseguridad, lo que ha dado lugar a considerables necesidades psicosociales y de salud mental, y pone de relieve la importancia de ofrecer urgentemente apoyo psicosocial y de salud mental, así como servicios traumatológicos, a las personas afectadas, especialmente a los niños;

Subrayando el desproporcionado efecto en los niños, las mujeres, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con enfermedades crónicas, y reconociendo la necesidad de atender sus necesidades específicas en materia de salud, en particular las necesidades específicas en materia de salud de las personas con discapacidad, teniendo presentes las dificultades a las que se enfrentan para acceder a servicios médicos, que se ven agravadas en la situación actual, como consecuencia de la destrucción de infraestructuras civiles y edificios residenciales, y las restricciones adicionales que se derivan para la movilidad humana;

Expresando su preocupación por las consecuencias para la gestión de la salud pública de la existencia de miles de cadáveres de víctimas en la Franja de Gaza enterrados bajo los escombros, consecuencias que se ven exacerbadas por la falta de acceso a agua, electricidad y el equipo necesario para enterrar los cuerpos de los muertos;

Expresando además su preocupación por que el intenso hacinamiento en refugios, al que se suman la perturbación de los sistemas de salud, suministro de agua y saneamiento y la falta de combustible, conlleva riesgos crecientes de propagación de enfermedades infecciosas, en particular enfermedades de transmisión hídrica, aérea o vectorial y enfermedades prevenibles mediante vacunación;

Reconociendo la interconexión entre el sector de la salud y otros sectores, como los del agua y el saneamiento y la nutrición, y la necesidad de un enfoque integral con respecto a la asistencia humanitaria, y subrayando que las dificultades en curso en la Franja de Gaza, en particular las restricciones al movimiento de mercancías, pueden afectar a la disponibilidad de alimentos, lo que contribuiría a la malnutrición, mientras que la disponibilidad limitada de agua no contaminada incrementa el riesgo de brotes y epidemias, y subrayando que el acceso a agua no contaminada y a instalaciones de saneamiento es crucial para mantener la salud pública,

1. PIDE el paso inmediato, continuado e irrestricto del socorro humanitario, lo cual comprende el acceso del personal médico y la entrada de equipo humanitario, medios de transporte y suministros al territorio palestino ocupado, en especial la Franja de Gaza, así como la concesión de permisos de salida a pacientes que necesiten tratamiento médico fuera de la Franja de Gaza, y destaca la necesidad de permitir el paso sin trabas y seguro de las ambulancias por los puestos de control, en especial en tiempos de conflicto;

2. EXHORTA a todas las partes a que cumplan las obligaciones que les incumben en virtud del derecho internacional, incluido el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, para garantizar, en toda la medida de sus recursos, el abastecimiento y reposición de medicamentos y equipo médico a la población civil, y reafirma que todas las partes en los conflictos armados deben cumplir plenamente las obligaciones dimanantes del derecho internacional humanitario sobre la protección de civiles en los conflictos armados y el personal médico;¹

¹ Artículo 55 del Convenio de Ginebra relativo a la Protección debida a las Personas Civiles en Tiempo de Guerra (1949); resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

3. EXIGE que todas las partes cumplan plenamente las obligaciones que les incumben, en particular las dimanantes de los Convenios de Ginebra de 1949 y las que les incumben en virtud de los Protocolos Adicionales, a fin de asegurar el respeto y la protección de todo el personal médico y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos médicos;

4. EXIGE ADEMÁS un paso sostenido, ordenado, irrestricto, seguro y sin obstáculos para el personal médico y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte, equipo y suministros médicos, incluido el material quirúrgico, para que puedan ayudar a todas las personas necesitadas de conformidad con el derecho internacional humanitario,¹ exhorta a que se permita el paso de las ambulancias y las evacuaciones médicas de pacientes lesionados y enfermos en estado crítico, así como el respeto y la protección de todos los heridos, enfermos y lesionados, y a que se garantice la seguridad, protección y libre circulación de todos los pacientes palestinos para recibir atención médica y tratamiento, y pide que se dispense un trato humano a todas las personas privadas de libertad y su acceso a tratamiento médico, en cumplimiento del derecho humanitario internacional, incluidos los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales;

5. PIDE al Director General que:

1) informe, basándose en el seguimiento y evaluación sobre el terreno realizados por los equipos de emergencia de la OMS, sobre las repercusiones para la salud pública de la catastrófica crisis humanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, en particular con respecto a los actos de violencia contra los heridos y los enfermos, el personal médico y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos médicos, y que presente recomendaciones al respecto a la quinta reunión del Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias, a la 156.^a reunión del Consejo Ejecutivo y a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud;

2) se coordine con los donantes, antes de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, para obtener la financiación para las necesidades inmediatas en materia de salud, así como la rehabilitación y la reconstrucción del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, haciendo un llamamiento a los Estados Miembros, los donantes y los agentes humanitarios y de desarrollo para que presten asistencia humanitaria al pueblo palestino y velen por la asignación de recursos humanos y financieros con el fin de alcanzar urgentemente estos objetivos;

3) evalúe, en plena colaboración con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, la amplitud y el carácter de la morbilidad psiquiátrica, así como otras formas de trastornos de salud mental y las necesidades y dificultades en materia de apoyo psicosocial de todas las personas afectadas;

4) fortalezca y siga prestando la asistencia técnica y material necesaria en materia de salud con el fin de atender las necesidades de salud del pueblo palestino, en especial de las personas más vulnerables;

5) siga reforzando las alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas, como el UN-RWA y los asociados pertinentes que trabajan en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, a fin de mejorar las capacidades de respuesta humanitaria en lo concerniente a la

¹ Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

salud, mediante la prestación de asistencia de emergencia y protección, de manera integradora y sostenida, antes, durante y después de las operaciones militares y la crisis humanitaria;

6. EXHORTA a la comunidad internacional a que garantice financiación adecuada para apoyar las necesidades inmediatas y futuras de los programas de salud de la OMS en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y para reconstruir el sistema de salud palestino, en plena cooperación con la OMS y los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, como el UNRWA y sus asociados.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024
Comisión B, tercer informe)

WHA77.17 Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública mediante enmiendas específicas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Recordando la resolución WHA58.3 (2005) por la que se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (2005), enmendado posteriormente mediante las resoluciones WHA67.13 (2014) y WHA75.12 (2022);

Recordando también las decisiones EB150(3) (2022) y WHA75(9) (2022);

Reconociendo con agradecimiento la labor del Comité de Examen sobre las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), convocado por el Director General en aplicación de la decisión WHA75(9) (2022);

Expresando aprecio por la labor del Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) y reconociendo con agradecimiento el liderazgo de su Mesa;

Reconociendo el derecho de los Estados Partes a notificar al Director General recusaciones o reservas, de conformidad con los artículos 59, 61 y 62 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se anexan a la presente resolución,

1. ADOPTA, de conformidad con el artículo 55 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se anexan a la presente resolución (a las que se hace referencia en adelante como «Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado»);

2. DECIDE:

1) con arreglo al párrafo 2 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado, que la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud lleve a cabo un examen del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

² Documento A77/9.

- 2) que las enmiendas al modelo de certificado internacional de vacunación o profilaxis que figura en el anexo 6 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado se apliquen solo a los certificados expedidos después de la fecha de entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;
 - 3) que los futuros instrumentos sobre emergencias de salud pública o prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, adoptados en virtud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, puedan utilizar el Mecanismo Financiero de Coordinación que figura en el artículo 44 *bis* del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado a los efectos de la aplicación de dichos instrumentos;
3. PIDE al Director General:
- 1) que notifique con prontitud las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) adoptadas mediante la presente resolución, de conformidad con el párrafo 1 del artículo 65 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en el entendimiento de que, antes de dicha notificación, el Director General velará por la uniformidad de los textos de las enmiendas en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso y permitirá que los Estados Partes los examinen y hagan aportaciones a los mismos a los fines de conformidad y exactitud lingüísticas;
 - 2) que informe a otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales competentes sobre las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) adoptadas mediante la presente resolución, y en particular a la Organización Marítima Internacional sobre las enmiendas al artículo 37 y a los anexos 3, 4 y 8 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
 - 3) que empiece a trabajar, antes de la entrada en vigor de las enmiendas adoptadas mediante la presente resolución, en las cuestiones que se abordan en todos los artículos enmendados, y que prepare y publique una versión consolidada del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;
 - 4) que, en la medida de lo posible, colabore con los Estados Partes en la movilización de recursos financieros predecibles, sostenibles y oportunos para apoyar a los países en desarrollo en la creación, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;
 - 5) que facilite el proceso para que la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud examine el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado, de conformidad con el párrafo 2 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;
 - 6) que facilite la convocatoria de la primera reunión del Comité de los Estados Partes para la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), de conformidad con el artículo 54 *bis* del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado, a más tardar un año después de la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (2005) enmendado;
 - 7) que elabore y examine periódicamente, en consulta con los Estados Miembros, el enfoque de evaluación de riesgos para orientar la determinación de las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas.

ANEXO

ENMIENDAS AL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

TÍTULO I - DEFINICIONES, FINALIDAD Y ALCANCE, PRINCIPIOS, Y
AUTORIDADES RESPONSABLES*Artículo 1 Definiciones*

1. En la aplicación del presente Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el «RSI» o el «Reglamento»):

«aeronave» significa una aeronave que efectúa un viaje internacional;

«aeropuerto» significa todo aeropuerto al que llegan o del que salen vuelos internacionales;

«afectado» significa personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales o restos humanos que están infectados o contaminados, o que son portadores de fuentes de infección o contaminación, de modo tal que constituyen un riesgo para la salud pública;

«aislamiento» significa la separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales afectados, con objeto de prevenir la propagación de una infección y/o contaminación;

«autoridad competente» significa una autoridad responsable de la puesta en práctica y la aplicación de medidas sanitarias con arreglo al presente Reglamento;

«Autoridad Nacional para el RSI» significa la entidad designada o establecida por el Estado Parte a nivel nacional para coordinar la aplicación del presente Reglamento dentro de la jurisdicción del Estado Parte;

«carga» significa mercancías trasladadas en un medio de transporte o en un contenedor;

«Centro Nacional de Enlace para el RSI» significa el centro nacional, designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI previstos en el Reglamento;

«contaminación» significa la presencia de cualquier agente o material infeccioso o tóxico en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que puede constituir un riesgo para la salud pública;

«contenedor» significa un embalaje para transporte:

- a) de material duradero y, por tanto, de resistencia suficiente para permitir su empleo repetido;
- b) especialmente diseñado para facilitar el transporte de mercancías en uno o varios tipos de vehículo, sin necesidad de operaciones intermedias de embalado y desembalado;
- c) con dispositivos que facilitan su manejo, particularmente durante el trasbordo de un vehículo a otro; y

- d) especialmente diseñado para que resulte fácil llenarlo y vaciarlo;

«cuarentena» significa la restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación;

«datos personales» significa cualquier información relativa a una persona física identificada o identificable;

«descontaminación» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que pueda constituir un riesgo para la salud pública;

«desinfección» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos;

«desinsectación» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar insectos vectores de enfermedades humanas en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales;

«desratización» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o matar los roedores vectores de enfermedades humanas presentes en los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales en el punto de entrada;

«Director General» significa el Director General de la Organización Mundial de la Salud;

«embarcación» significa la embarcación de navegación marítima o interior que efectúa un viaje internacional;

«emergencia de salud pública de importancia internacional» significa un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento, se ha determinado que:

i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad; y

ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada;

«emergencia pandémica» significa una emergencia de salud pública de importancia internacional que está causada por una enfermedad transmisible y que:

i) tiene, o entraña un alto riesgo de tener, una amplia propagación geográfica a varios Estados o dentro de ellos; y

ii) excede, o entraña un alto riesgo de exceder, la capacidad de los sistemas de salud para responder en esos Estados; y

iii) provoca, o entraña un alto riesgo de provocar, considerables perturbaciones sociales y/o económicas, incluidas perturbaciones en el tráfico y el comercio internacionales; y

iv) requiere una acción internacional coordinada rápida, equitativa y reforzada, con un enfoque que abarque a todo el gobierno y a toda la sociedad.

«enfermedad» significa toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano;

«equipaje» significa los efectos personales de un viajero;

«evento» significa la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno;

«examen médico» significa la evaluación preliminar de una persona por un agente de salud autorizado u otra persona bajo la supervisión directa de la autoridad competente para determinar el estado de salud de la persona y el riesgo de salud pública que podría entrañar para otras, y puede incluir el examen de los documentos sanitarios y un examen físico si así lo justifican las circunstancias del caso;

«infección» significa la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal que puede constituir un riesgo para la salud pública;

«inspección» significa el examen por la autoridad competente, o bajo su supervisión, de zonas, equipajes, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales, incluidos los datos y la documentación pertinentes, para determinar si existe un riesgo para la salud pública;

«intrusivo» significa que posiblemente molesta porque entraña un contacto o una pregunta de carácter íntimo;

«invasivo» significa que conlleva una punción o incisión en la piel o la inserción de un instrumento o material extraño en el cuerpo o el examen de una cavidad corporal. A los efectos del presente Reglamento, el examen médico de los oídos, la nariz o la boca, la toma de temperatura con termómetro de oído, boca o piel o con equipo óptico térmico; el reconocimiento médico; la auscultación; la palpación externa; la retinoscopia; la obtención externa de muestras de orina, heces o saliva; la medición externa de la presión arterial; y la electrocardiografía se considerarán no invasivos;

«libre plática» significa la autorización, en el caso de una embarcación, para entrar en un puerto, embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga; en el caso de una aeronave, después del aterrizaje, la autorización para embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga; y en el caso de un vehículo de transporte terrestre, después de su llegada, la autorización para embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga;

«llegada» de un medio de transporte significa:

- a) en el caso de una embarcación de navegación marítima, la llegada a un puerto o el anclaje en la zona de un puerto reservada para ello;
- b) en el caso de una aeronave, la llegada a un aeropuerto;
- c) en el caso de una embarcación de navegación interior que efectúa un viaje internacional, la llegada a un punto de entrada;
- d) en el caso de un tren o vehículo de carretera, la llegada a un punto de entrada;

«medida sanitaria» significa todo procedimiento aplicado para prevenir la propagación de enfermedades o contaminación; una medida sanitaria no comprende medidas de policía ni de seguridad del Estado;

«medio de transporte» significa cualquier aeronave, embarcación, tren, vehículo de carretera u otro que efectúa un viaje internacional;

«mercancías» significa los productos tangibles, incluso animales y plantas, transportados en un viaje internacional, incluidos los destinados al uso a bordo de un medio de transporte;

«observación de salud pública» significa la vigilancia del estado de salud de un viajero a lo largo del tiempo con el fin de determinar el riesgo de transmisión de enfermedades;

«operador de medios de transporte» significa la persona física o jurídica a cargo de un medio de transporte o su agente;

«Organización» u «OMS» significa la Organización Mundial de la Salud;

«paquete postal» significa todo objeto o paquete con dirección de destino, transportado internacionalmente por servicio de correos o de mensajería;

«paso fronterizo terrestre» significa un punto de entrada terrestre a un Estado Parte, inclusive los utilizados por vehículos de carretera y trenes;

«persona enferma» significa persona que sufre o está afectada por una dolencia física que puede suponer un riesgo para la salud pública;

«principios científicos» significa las leyes y hechos fundamentales aceptados de la naturaleza conocidos por medio de los métodos de la ciencia;

«productos de salud pertinentes» significa los productos de salud necesarios para responder a emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, y pueden incluir los medicamentos, las vacunas, las pruebas diagnósticas, los dispositivos médicos, los productos de control de vectores, el equipo de protección personal, los productos de descontaminación, los productos de apoyo, los antídotos, las terapias celulares y génicas, y otras tecnologías de salud;

«pruebas científicas» significa la información que ofrece pruebas basadas en los métodos establecidos y aceptados de la ciencia;

«puerto» significa un puerto marítimo o un puerto situado en una masa de agua interior al que llegan o del que salen embarcaciones que efectúan un viaje internacional;

«Punto de Contacto de la OMS para el RSI» significa la unidad de la OMS con la que se podrá establecer contacto en cualquier momento para la comunicación con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI;

«punto de entrada» significa un paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida;

«recomendación» y «recomendado» hacen referencia a las recomendaciones temporales o permanentes formuladas con arreglo al presente Reglamento;

«recomendación permanente» significa la opinión no vinculante con respecto a determinados riesgos continuos para la salud pública que emite la OMS conforme al artículo 16 sobre las medidas

sanitarias apropiadas, de aplicación ordinaria o periódica, que es preciso adoptar a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional;

«recomendación temporal» significa la opinión no vinculante que emite la OMS conforme al artículo 15 con respecto a las medidas sanitarias apropiadas que es preciso aplicar, de forma temporal y según cada riesgo concreto, en respuesta a una emergencia de salud pública de importancia internacional, de manera que permita prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional;

«reservorio» significa cualquier animal, planta o sustancia en la que vive normalmente un agente infeccioso y cuya presencia puede constituir un riesgo para la salud pública;

«residencia permanente» significa lo que establezca al respecto la legislación nacional del Estado Parte de que se trate;

«residencia temporal» significa lo que establezca al respecto la legislación nacional del Estado Parte de que se trate;

«riesgo para la salud pública» significa la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo;

«salida» significa, para personas, equipajes, cargas, medios de transporte o mercancías, el acto de abandonar un territorio;

«sospechoso» hace referencia a toda persona, equipaje, carga, contenedor, medio de transporte, mercancía o paquete postal que un Estado Parte considere que haya estado o podría haber estado expuesto a un riesgo para la salud pública y sea una posible fuente de propagación adicional de enfermedades;

«tráfico internacional» significa el movimiento de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales a través de una frontera internacional, con inclusión del comercio internacional;

«tripulación» significa las personas a bordo de un medio de transporte que no son pasajeros;

«vector» significa todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública;

«vehículo de carretera» significa vehículo de transporte terrestre distinto del ferrocarril;

«vehículo de transporte terrestre» significa cualquier medio motorizado para el transporte terrestre que efectúa un viaje internacional, incluidos los trenes, autocares, camiones y automóviles;

«verificación» significa el suministro de información por un Estado Parte a la OMS en la que se confirma la situación de un evento en el territorio o territorios de ese Estado Parte;

«viaje internacional» significa:

a) tratándose de un medio de transporte, un viaje entre puntos de entrada situados en los territorios de Estados distintos o un viaje entre puntos de entrada situados en el territorio o los territorios de un mismo Estado, si el medio de transporte entra en contacto durante el viaje con el territorio de cualquier otro Estado, pero sólo en lo referente a esos contactos;

b) en el caso de un viajero, un viaje que comprende la entrada en el territorio de un Estado distinto del Estado en que este viajero ha empezado el viaje;

«viajero» significa toda persona física que realiza un viaje internacional;

«vigilancia» significa la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente;

«zona afectada» significa un lugar geográfico respecto del cual la OMS ha recomendado específicamente medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento;

«zona de carga de contenedores» significa un lugar o instalación destinado a los contenedores utilizados en el tráfico internacional.

2. A menos que se especifique otra cosa, o el contexto así lo determine, en toda referencia al presente Reglamento quedan incluidos asimismo sus anexos.

Artículo 2 Finalidad y alcance

La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, **prepararse para** esa propagación, protegerse contra ella, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida al riesgo para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Artículo 3 Principios

1. La aplicación del presente Reglamento se hará con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas, **y promoverá la equidad y la solidaridad.**

2. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la Carta de las Naciones Unidas y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

3. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la meta de su aplicación universal para la protección de todos los pueblos del mundo frente a la propagación internacional de enfermedades.

4. De conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de legislar y aplicar leyes en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, respetarán la finalidad del presente Reglamento.

Artículo 4 Autoridades responsables

1. Cada Estado Parte designará o establecerá, **de acuerdo con su legislación y contexto nacionales, una o dos entidades que presten servicio como Autoridad Nacional para el RSI y un** Centro Nacional de Enlace para el RSI, **y así como a** las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento.

1 bis. La Autoridad Nacional para el RSI coordinará la aplicación del presente Reglamento dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

2. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI deberán poder recibir en todo momento las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI a que hace referencia el párrafo 3 de este artículo. Las funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI incluirán:

- a) enviar a los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, en nombre del Estado Parte de que se trate, comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del presente Reglamento, en particular las previstas en los artículos 6 a 12; y
- b) difundir información a las unidades pertinentes de la administración del Estado Parte de que se trate, incluidas las responsables de la vigilancia y la presentación de informes, los puntos de entrada, los servicios de salud pública, los dispensarios y hospitales y otros departamentos del gobierno, y recibir información de ellas.

2 bis. Los Estados Partes adoptarán medidas para aplicar los párrafos 1, 1 bis y 2 del presente artículo, en particular, según proceda, ajustando sus disposiciones legislativas y/o administrativas internas.

3. La OMS designará Puntos de Contacto para el RSI, que deberán poder comunicarse en todo momento con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI enviarán las comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del presente Reglamento, en particular las previstas en los artículos 6 a 12, a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI de los Estados Partes de que se trate. Los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI podrán ser designados por la OMS en la Sede o en el plano regional de la Organización.

4. Los Estados Partes facilitarán a la OMS información detallada sobre la forma de enlazar con **su Autoridad Nacional para el RSI y sus** Centros Nacionales de Enlace para el RSI y la OMS proporcionará a los Estados Partes información detallada sobre la forma de enlazar con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI. Esta información será actualizada de forma continua y confirmada anualmente. La OMS pondrá a disposición de todos los Estados Partes las señas de contacto.

TÍTULO II - INFORMACIÓN Y RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA

Artículo 5 Vigilancia

1. Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, las capacidades **básicas de prevenir**, detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el anexo 1.

2. Después de la evaluación a que se hace referencia en el párrafo 2 de la parte A del anexo 1, un Estado Parte podrá presentar a la OMS información basada en una necesidad justificada y un plan de aplicación, y obtener así dos años de prórroga para cumplir con las obligaciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo. En circunstancias excepcionales y respaldado por un nuevo plan de aplicación, el Estado Parte podrá solicitar al Director General una nueva prórroga de no más de dos años; este último decidirá al respecto teniendo en cuenta el asesoramiento técnico del Comité establecido de conformidad con el artículo 50 (en adelante denominado «Comité de Examen»). Después del periodo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo, el Estado Parte que haya obtenido una prórroga informará anualmente a la OMS sobre los progresos realizados hacia la aplicación plena.

3. La OMS proporcionará asistencia a los Estados Partes, a petición, en el desarrollo, el reforzamiento y el mantenimiento de las capacidades **básicas** a que hace referencia el párrafo 1 del presente artículo.

4. La OMS recopilará información sobre eventos a través de sus actividades de vigilancia y evaluará su potencial de provocar una propagación internacional de enfermedades y su posible interferencia con

el tráfico internacional. La información que la OMS reciba en virtud de este párrafo se manejará de conformidad con lo dispuesto en los artículos 11 y 45 cuando proceda.

Artículo 6 Notificación

1. Cada Estado Parte evaluará los eventos que se produzcan en su territorio valiéndose del instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2. Cada Estado Parte notificará a la OMS por el medio de comunicación más eficiente de que disponga, a través del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y antes de que transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública, todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el instrumento de decisión, así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta a esos eventos. Si la notificación recibida por la OMS comprende algo que sea de la competencia del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) o **de otra u otras organizaciones intergubernamentales**, la OMS, **conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 14**, notificará inmediatamente al OIEA o, según proceda, **a la otra u otras organizaciones intergubernamentales competentes**.

2. Una vez cursada la notificación, el Estado Parte seguirá comunicando a la OMS información oportuna, exacta y suficientemente detallada sobre la salud pública de que disponga relativa al evento notificado, con inclusión, en lo posible, de definiciones de los casos, resultados de laboratorio, origen y tipo del riesgo, número de casos y defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y las medidas sanitarias aplicadas; y notificará, cuando sea necesario, las dificultades surgidas y el apoyo necesario en la respuesta a la posible emergencia de salud pública de importancia internacional.

Artículo 7 Notificación de información durante eventos imprevistos o inusuales

Si un Estado Parte tiene pruebas de que se ha producido un evento imprevisto o inusual, cualquiera que sea su origen o procedencia, que podría constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, facilitará a la Organización Mundial de la Salud toda la información concerniente a la salud pública. En esos casos, se aplicarán en su totalidad las disposiciones previstas en el artículo 6.

Artículo 8 Consultas

En caso de eventos que ocurran en su territorio y que no exijan la notificación prescrita en el artículo 6, en particular aquellos sobre los que no se disponga de información suficiente para cumplir el instrumento de decisión, los Estados Partes **deberían**, no obstante, mantener a la OMS al corriente de la situación por conducto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y consultar **oportunamente** a la Organización sobre las medidas de salud apropiadas. Las comunicaciones de este tipo se tratarán conforme a lo dispuesto en los párrafos 2 a 4 del artículo 11. El Estado Parte en cuyo territorio ocurra el evento podrá pedir a la OMS que le preste asistencia para verificar cualquier dato epidemiológico que haya podido obtener.

Artículo 9 Otros informes

1. La OMS podrá tomar en cuenta los informes procedentes de fuentes distintas de las notificaciones o consultas y evaluará esos informes con arreglo a los principios epidemiológicos establecidos; seguidamente comunicará información sobre el evento al Estado Parte en cuyo territorio presuntamente esté ocurriendo dicho evento. Antes de adoptar medida alguna sobre la base de esos informes, la OMS consultará al Estado Parte en cuyo territorio esté produciéndose presuntamente el evento y procurará obtener de ese Estado Parte la verificación del evento de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 10. Para ello, la OMS pondrá a disposición de los Estados Partes la información recibida, y sólo

en caso de que esté debidamente justificado podrá la OMS mantener la confidencialidad de la fuente. Esa información se utilizará de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 11.

2. Los Estados Partes informarán a la OMS, en la medida de lo posible, antes de que transcurran 24 horas desde que hayan tenido conocimiento de ellas, de las pruebas de que se haya producido fuera de su territorio un riesgo para la salud pública que podría causar la propagación internacional de una enfermedad, puesta de manifiesto por la exportación o importación de:

- a) casos humanos;
- b) vectores portadores de infección o contaminación; o
- c) mercancías contaminadas.

Artículo 10 Verificación

1. De conformidad con el artículo 9, la OMS solicitará a un Estado Parte que verifique los informes procedentes de fuentes distintas de las notificaciones o consultas sobre eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional que presuntamente se estén produciendo en el territorio de ese Estado. En esos casos, la OMS informará al Estado Parte interesado sobre los informes de los que solicita verificación.

2. De conformidad con el párrafo anterior y con el artículo 9, a petición de la OMS, cada Estado Parte verificará y proporcionará lo siguiente:

- a) en un plazo de 24 horas, una respuesta inicial a la petición de la OMS o un acuse de recibo de la misma;
- b) dentro de un plazo de 24 horas, la información de salud pública de que disponga sobre la situación de los eventos a los que se refiera la petición de la OMS; y
- c) información a la OMS en el contexto de una evaluación realizada al amparo del artículo 6, inclusive la información pertinente descrita en ese artículo.

3. ~~Cuando la OMS reciba~~ **Tras recibir** información sobre un evento que puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, **la OMS** ofrecerá su colaboración al Estado Parte de que se trate para evaluar la posibilidad de propagación internacional de la enfermedad, las posibles trabas para el tráfico internacional y la idoneidad de las medidas de control. Esas actividades podrán incluir la colaboración con otras organizaciones normativas y la oferta de movilizar asistencia internacional con el fin de prestar apoyo a las autoridades nacionales para realizar evaluaciones *in situ* y coordinarlas. A petición del Estado Parte, la OMS proporcionará información en apoyo de esa oferta.

4. Si el Estado Parte no acepta la oferta de colaboración, y cuando lo justifique la magnitud del riesgo para la salud pública, la OMS **debería** transmitir a otros Estados Partes la información **sobre el evento** de que disponga, alentando al Estado Parte a aceptar la oferta de colaboración de la OMS, teniendo en cuenta el parecer del Estado Parte de que se trata.

Artículo 11 Aportación de información por la OMS

1. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, la OMS enviará a todos los Estados Partes y, según proceda, a las organizaciones internacionales pertinentes, tan pronto como sea posible y por el medio más eficaz de que disponga, de forma confidencial, la información concerniente a la salud

pública que haya recibido en virtud de los artículos 5 a 10 inclusive y sea necesaria para que los Estados Partes puedan responder a un riesgo para la salud pública. La OMS comunicará la información a otros Estados Partes que puedan prestarles ayuda para prevenir la ocurrencia de incidentes similares.

2. La OMS utilizará la información que reciba en virtud de los artículos 6 y 8, y del párrafo 2 del artículo 9, para los fines de verificación, evaluación y asistencia previstos en el presente Reglamento y, salvo acuerdo en contrario con los Estados a que se hace referencia en esas disposiciones, no pondrá esa información a disposición general de los demás Estados Partes mientras:

- a) no se haya determinado que el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, de conformidad con el artículo 12; o
- b) la OMS no haya confirmado la información que demuestre la propagación internacional de la infección o contaminación de conformidad con principios epidemiológicos aceptados; o
- c) no haya pruebas de que:
 - i) es improbable que las medidas de control adoptadas para impedir la propagación internacional tengan éxito debido al carácter de la contaminación, el agente de la enfermedad, el vector o el reservorio; o
 - ii) el Estado Parte carezca de capacidad operativa suficiente para aplicar las medidas necesarias para impedir la propagación ulterior de la enfermedad; o
- d) el carácter y el alcance del movimiento internacional de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales que pueden estar afectados por la infección o contaminación no exija la aplicación inmediata de medidas internacionales de control.

3. La OMS mantendrá consultas con el Estado Parte en cuyo territorio se produce el evento acerca de su intención de difundir esa información de conformidad con las disposiciones del presente artículo.

4. Cuando se ponga a disposición de los Estados Partes, de conformidad con el presente Reglamento, la información recibida por la OMS en virtud del párrafo 2 del presente artículo, la Organización podrá también ponerla a disposición del público si ya se ha difundido públicamente otra información sobre el mismo evento y es necesario difundir información autorizada e independiente.

*Artículo 12 Determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional,
incluida una emergencia pandémica*

1. El Director General determinará, sobre la base de la información que reciba, y en particular la que reciba del Estado Parte **o los Estados Partes** en cuyo territorio **o territorios** se esté produciendo un evento, si el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida, cuando proceda, una emergencia pandémica**, de conformidad con los criterios y el procedimiento previstos en el presente Reglamento.

2. Si el Director General considera, sobre la base de la evaluación que se lleve a cabo en virtud del presente Reglamento, que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, mantendrá consultas con el Estado Parte **o los Estados Partes** en cuyo territorio **o territorios** se ~~haya manifestado~~ **esté produciendo** el evento acerca de su determinación preliminar. Si el Director General y el Estado Parte **o los Estados Partes** están de acuerdo sobre esta determinación, el Director

General, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 49, solicitará la opinión del comité que se establezca en aplicación del artículo 48 (en adelante el «Comité de Emergencias») sobre las recomendaciones temporales apropiadas.

3. Si después de las consultas mantenidas según lo previsto en el párrafo 2 del presente artículo el Director General y el Estado Parte **o los Estados Partes** en cuyo territorio **o territorios** se ~~haya manifestado~~ **esté produciendo** el evento no llegan a un consenso en un plazo de 48 horas sobre si dicho evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, se tomará una determinación de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49.

4. Para determinar si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluido, cuando proceda, una emergencia pandémica**, el Director General considerará:

- a) la información proporcionada por el Estado Parte **o los Estados Partes**;
- b) el instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2;
- c) la opinión del Comité de Emergencias;
- d) los principios científicos así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes; y
- e) una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional.

4 bis. Si el Director General determina que un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional determinará asimismo, tras considerar las cuestiones mencionadas en el párrafo 4, si la emergencia de salud pública de importancia internacional constituye también una emergencia pandémica.

5. Si el Director General, **tras considerar las cuestiones mencionadas en los apartados a), c), d) y e) del párrafo 4 del presente artículo**, y después de mantener consultas con el Estado Parte **o los Estados Partes** en cuyo territorio **o territorios** ha ocurrido ~~el~~ **un** evento de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, considera que una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, ha concluido **porque ya no se ajusta a la definición pertinente que figura en el artículo 1**, adoptará una decisión de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49.

Artículo 13 Respuesta de salud pública, incluido el acceso equitativo a productos de salud pertinentes

1. Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, las capacidades **básicas** necesarias para **prevenir** los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica, en particular en entornos frágiles y humanitarios, prepararse frente a ellos y darles respuesta** con prontitud y eficacia, según lo previsto en el anexo 1. En consulta con los Estados Miembros, la OMS publicará directrices para prestar apoyo a los Estados Partes en el desarrollo de las capacidades **básicas** de respuesta de salud pública.

2. Después de la evaluación a que se hace referencia en el párrafo 2 de la parte A del anexo 1, un Estado Parte podrá presentar a la OMS información basada en una necesidad justificada y un plan de

aplicación y obtener así dos años de prórroga para cumplir con las obligaciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo. En circunstancias excepcionales y respaldado por un nuevo plan de aplicación, el Estado Parte podrá solicitar al Director General una nueva prórroga de no más de dos años; este último decidirá al respecto teniendo en cuenta el asesoramiento técnico del Comité de Examen. Después del periodo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo, el Estado Parte que haya obtenido una prórroga informará anualmente a la OMS sobre los progresos realizados hacia la aplicación plena.

3. A petición de un Estado Parte **o cuando este acepte un ofrecimiento de la OMS**, la OMS colaborará en la respuesta a los riesgos ~~y otros~~ **los eventos de** la salud pública proporcionando orientación y asistencia técnica y evaluando la eficacia de las medidas de control adoptadas, incluida la movilización de equipos de expertos internacionales para que presten asistencia *in situ*, si procede.

4. Si la OMS, en consulta con los Estados Partes afectados, según lo previsto en el artículo 10 determina que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, podrá ofrecer, además del apoyo indicado en el párrafo 2 del presente artículo, otros tipos de asistencia al Estado Parte **o los Estados Partes**, incluida una evaluación de la gravedad del riesgo internacional y la idoneidad de las medidas de control. Esta colaboración podrá incluir la oferta de movilizar asistencia internacional con el fin de prestar apoyo a las autoridades nacionales para realizar y coordinar las evaluaciones *in situ*. A petición del Estado Parte, la OMS proporcionará información en apoyo de esa oferta.

5. Cuando la OMS lo solicite, los Estados Partes deben facilitar apoyo, en la medida de lo posible, a las actividades de respuesta coordinadas por la OMS.

6. Cuando se lo soliciten, la OMS ofrecerá a otros Estados Partes afectados o amenazados por la emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, la orientación y la asistencia apropiadas.

7. **La OMS apoyará a los Estados Partes**, previa solicitud o tras la aceptación de un ofrecimiento de la OMS, y **coordinará las actividades internacionales de respuesta durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas**, tras su determinación de conformidad con el artículo 12 del presente Reglamento.

8. La OMS facilitará el acceso oportuno y equitativo de los Estados Partes a los productos de salud pertinentes tras la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional y durante ella, **incluida una emergencia pandémica**, basándose en los riesgos y las necesidades para la salud pública, y procurará eliminar los obstáculos a un acceso de estas características. A tal efecto, el Director General:

a) llevará a cabo, y revisará y pondrá al día periódicamente, evaluaciones de las necesidades de salud pública, así como de la disponibilidad y accesibilidad, **incluida la asequibilidad**, de los productos de salud pertinentes para la respuesta de salud pública; publicará esas evaluaciones; y tendrá en cuenta las evaluaciones disponibles al formular, modificar, prorrogar o rescindir recomendaciones de conformidad con lo dispuesto en los artículos 15, 16, 17, 18 y 49 del presente Reglamento;

b) hará uso de los mecanismos coordinados por la OMS, o facilitará, en consulta con los Estados Partes, su establecimiento según sea necesario, y se coordinará, según proceda, con otros mecanismos y redes de asignación y distribución que faciliten el acceso oportuno y equitativo a los productos de salud pertinentes en función de las necesidades de salud pública;

c) ayudará a los Estados Partes que lo soliciten a ampliar y diversificar geográficamente la fabricación de productos de salud pertinentes, según proceda, por medio de las redes y los mecanismos pertinentes coordinados por la OMS y de otro tipo, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 2 del presente Reglamento y de conformidad con el derecho internacional pertinente;

d) proporcionará a un Estado Parte, cuando este lo solicite, el expediente del producto relacionado con un determinado producto de salud pertinente, tal y como el fabricante lo ha proporcionado a la OMS para su autorización y cuando el fabricante haya dado su consentimiento, en un plazo máximo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud, con el fin de facilitar la evaluación reglamentaria y la autorización por el Estado Parte; y

e) prestará apoyo a los Estados Partes que lo soliciten, y, según proceda, por medio de las redes y los mecanismos pertinentes coordinados por la OMS y de otro tipo, de conformidad con el apartado 8 c) del presente artículo, a fin de promover la investigación y el desarrollo y reforzar la fabricación local de productos de salud pertinentes de calidad, seguros y eficaces, y facilitará cualquier otra medida pertinente para la plena aplicación de esta disposición.

9. De conformidad con el párrafo 5 del presente artículo y con el párrafo 1 del artículo 44 del presente Reglamento, y a petición de otros Estados Partes o de la OMS, los Estados Partes se comprometerán, con sujeción a la legislación aplicable y a los recursos disponibles, a colaborar entre sí, prestarse asistencia mutua y apoyar las actividades de respuesta coordinadas por la OMS, en particular mediante:

a) el apoyo a la OMS para aplicar las medidas descritas en el presente artículo;

b) la colaboración con las partes interesadas pertinentes que actúen en sus respectivas jurisdicciones y el fomento de dicha colaboración a fin de facilitar el acceso equitativo a los productos de salud pertinentes para responder a una emergencia de salud pública de importancia internacional, incluida una emergencia pandémica; y

c) la puesta a disposición, según proceda, de las condiciones pertinentes de sus acuerdos de investigación y desarrollo de productos de salud pertinentes que guarden relación con la promoción del acceso equitativo a dichos productos durante una emergencia de salud pública de importancia internacional, incluida una emergencia pandémica.

*Artículo 14 Cooperación de la OMS con organizaciones intergubernamentales
y órganos internacionales*

1. La OMS cooperará y coordinará sus actividades con otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales competentes, según proceda, en la aplicación del presente Reglamento, inclusive a través de la conclusión de acuerdos u otras disposiciones similares.

2. En caso de que la notificación o verificación de un evento, o la respuesta al mismo, pertenezcan principalmente al ámbito de competencia de otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales, la OMS coordinará sus actividades con tales organizaciones u órganos para asegurar la aplicación de medidas adecuadas para la protección de la salud pública.

3. A pesar de lo antedicho, ninguna disposición del presente Reglamento impedirá o limitará la prestación por la OMS de asesoramiento, apoyo o asistencia técnica o de otro tipo para fines relacionados con la salud pública.

TÍTULO III - RECOMENDACIONES

Artículo 15 Recomendaciones temporales

1. Si se ha determinado de conformidad con el artículo 12 que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, el Director General formulará recomendaciones temporales de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49. Esas recomendaciones temporales podrán ser modificadas o prorrogadas, según proceda, incluso una vez que se haya determinado que la emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, ha concluido, en cuyo momento se podrán formular otras recomendaciones temporales, si es necesario, con objeto de evitar que vuelva a ocurrir o de detectar inmediatamente su reaparición.

2. Las recomendaciones temporales podrán incluir las medidas sanitarias que habrá de aplicar el Estado Parte o los Estados Partes en que ocurra esa emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, u otros Estados Partes, a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, **incluidos los productos de salud pertinentes**, y/o paquetes postales a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional.

2 bis. El Director General, al comunicar a los Estados Partes la formulación, modificación o prórroga de las recomendaciones temporales, debería facilitar la información disponible sobre el mecanismo o mecanismos coordinados por la OMS en materia de acceso a los productos de salud pertinentes y asignación de estos, así como sobre cualesquiera otros mecanismos y redes de asignación y distribución.

3. Las recomendaciones temporales se podrán anular en cualquier momento de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49, y expirarán automáticamente tres meses después de su formulación. Se podrán modificar o prorrogar por periodos adicionales de un máximo de tres meses. Las recomendaciones temporales no se podrán mantener después de la segunda Asamblea Mundial de la Salud celebrada tras la determinación de la emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, a que se refieran.

Artículo 16 Recomendaciones permanentes

1. La OMS podrá formular, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, recomendaciones permanentes en cuanto a las medidas sanitarias apropiadas, de aplicación sistemática o periódica. Estas medidas podrán ser aplicadas por los Estados Partes a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, **incluidos los productos de salud pertinentes**, y/o paquetes postales, con motivo de riesgos específicos y continuos para la salud pública, a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional. La OMS, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, podrá modificar o anular esas recomendaciones, según proceda.

2. El Director General, al comunicar a los Estados Partes la formulación, modificación o prórroga de las recomendaciones permanentes, debería facilitar la información disponible sobre cualquier mecanismo o mecanismos coordinados por la OMS en materia de acceso a los productos de salud pertinentes y la asignación de estos, así como sobre cualesquiera otros mecanismos y redes de asignación y distribución.

Artículo 17 Criterios para las recomendaciones

Al formular, modificar o anular recomendaciones temporales o permanentes, el Director General tendrá en cuenta lo siguiente:

- a) la opinión de los Estados Partes directamente interesados;
- b) el dictamen del Comité de Emergencias o del Comité de Examen, según proceda;
- c) los principios científicos, así como la información y las pruebas científicas pertinentes;
- d) que las medidas sanitarias, sobre la base de una evaluación apropiada del riesgo según las circunstancias, no sean más restrictivas del tráfico y el comercio internacionales ni más intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria;

d bis) la disponibilidad de los productos de salud pertinentes y la accesibilidad a ellos;

- e) las normas e instrumentos internacionales pertinentes;
- f) las actividades de otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes; y
- g) otras informaciones apropiadas y específicas pertinentes al evento.

En cuanto a las recomendaciones temporales, la consideración por el Director General de los apartados e) y f) del presente artículo podrá estar sometida a las limitaciones que imponga la urgencia de las circunstancias.

Artículo 18 Recomendaciones con respecto a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales

1. En las recomendaciones que formule a los Estados Partes con respecto a las personas, la OMS podrá aconsejar lo siguiente:

- no recomendar ninguna medida sanitaria específica;
- examinar los itinerarios realizados por zonas afectadas;
- examinar las pruebas de los exámenes médicos y los análisis de laboratorio;
- exigir exámenes médicos;
- examinar las pruebas de vacunación u otras medidas profilácticas;
- exigir vacunación u otras medidas profilácticas;
- someter a las personas sospechosas a observación de salud pública;
- someter a cuarentena o aplicar otras medidas sanitarias para las personas sospechosas;
- someter a aislamiento y a tratamiento, cuando proceda, a las personas afectadas;

- localizar a quienes hayan estado en contacto con personas sospechosas o afectadas;
- denegar la entrada a las personas sospechosas o afectadas;
- denegar la entrada en las zonas afectadas a las personas no afectadas;
- aplicar pruebas de cribado y/o restricciones a la salida de personas de las zonas afectadas.

2. En las recomendaciones que formule a los Estados Partes con respecto a los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, la OMS podrá aconsejar lo siguiente:

- no recomendar ninguna medida sanitaria específica;
- examinar manifiesto e itinerario;
- aplicar inspecciones;
- examinar las pruebas de las medidas adoptadas, a la salida o en tránsito, para eliminar una infección o contaminación;
- aplicar el tratamiento de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales o restos humanos, para suprimir una infección o contaminación, incluidos los vectores y los reservorios;
- aplicar medidas sanitarias específicas para asegurar el manejo y el transporte seguros de restos humanos;
- someter a aislamiento o cuarentena;
- incautar y destruir en condiciones controladas los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales infectados o contaminados en caso de que no surta efecto otro tratamiento o proceso;
- denegar la salida o la entrada.

3. En las recomendaciones que formule a los Estados Partes, la OMS tendrá en cuenta, según proceda, la necesidad de:

- a) facilitar los viajes internacionales, en particular de los agentes de salud y asistenciales y de las personas que se hallan en situaciones en que corre peligro su vida o en situaciones humanitarias. Esta disposición se entiende sin perjuicio del artículo 23 del presente Reglamento; y**
- b) mantener las cadenas de suministro internacionales, incluido en el caso de los productos de salud pertinentes y el suministro de alimentos.**

TÍTULO IV - PUNTOS DE ENTRADA

Artículo 19 Obligaciones generales

Cada Estado Parte, sin perjuicio de las demás obligaciones previstas en el presente Reglamento:

- a) se asegurará de que se desarrollen las capacidades **básicas** señaladas en el anexo 1 para los puntos de entrada designados, dentro de los **plazos** previstos en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13;
- b) identificará las autoridades competentes en cada uno de los puntos de entrada designados de su territorio; y
- c) facilitará a la OMS, en la medida de lo posible, cuando se lo solicite en respuesta a un posible riesgo específico para la salud pública, datos pertinentes sobre las fuentes de infección o contaminación en sus puntos de entrada, incluidos vectores y reservorios, que puedan dar lugar a la propagación internacional de enfermedades.

Artículo 20 Aeropuertos y puertos

1. Los Estados Partes designarán los aeropuertos y puertos en que se crearán las capacidades **básicas** previstas en el anexo 1.
2. Los Estados Partes se asegurarán de que los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo se expiden de conformidad con las prescripciones del artículo 39 y el modelo que figura en el anexo 3.
3. Cada Estado Parte enviará a la OMS una lista de los puertos autorizados a ofrecer:
 - a) la expedición de certificados de control de sanidad a bordo y la prestación de los servicios a que se hace referencia en los anexos 1 y 3; o
 - b) la expedición de certificados de exención del control de sanidad a bordo únicamente; y
 - c) la prórroga del certificado de exención del control de sanidad a bordo por un periodo de un mes hasta la llegada de la embarcación al puerto en el que el certificado pueda ser recibido.

Cada Estado Parte comunicará a la OMS los cambios que se produzcan en la situación de los puertos enumerados en la lista. La OMS publicará la información recibida con arreglo a este párrafo.

4. La OMS podrá certificar, a petición del Estado Parte interesado y después de practicar las averiguaciones del caso, que un aeropuerto o un puerto situado en su territorio reúne las condiciones a que se hace referencia en los párrafos 1 y 3 del presente artículo. En consulta con el Estado Parte, la OMS podrá revisar periódicamente esas certificaciones.
5. La OMS, en colaboración con organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales competentes, elaborará y publicará directrices relativas a la expedición de certificados por aeropuertos y puertos de conformidad con el presente artículo. La OMS también publicará la lista de aeropuertos y puertos certificados.

Artículo 21 Pasos fronterizos terrestres

1. Cuando lo justifiquen razones de salud pública, un Estado Parte podrá designar los pasos fronterizos terrestres en los que se crearán las capacidades **básicas** previstas en el anexo 1, teniendo en cuenta los criterios siguientes:

- a) el volumen y la frecuencia de los diversos tipos de tráfico internacional en los pasos fronterizos terrestres que se puedan designar en el Estado Parte, en comparación con otros puntos de entrada; y
- b) los riesgos para la salud pública existentes en las zonas donde se origina o que atraviesa el tráfico internacional antes de llegar a un determinado paso fronterizo terrestre.

2. Los Estados Partes con fronteras comunes deberán considerar:

- a) la posibilidad de alcanzar acuerdos bilaterales o multilaterales o formalizar arreglos relativos a la prevención o el control de la transmisión internacional de enfermedades en pasos fronterizos terrestres de conformidad con el artículo 57; y
- b) la designación conjunta de pasos fronterizos terrestres adyacentes para poner en práctica las capacidades **básicas** descritas en el anexo 1 de conformidad con el párrafo 1 de este artículo.

Artículo 22 Función de las autoridades competentes

1. Las autoridades competentes:

- a) se encargarán de vigilar los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos que salgan y lleguen de zonas afectadas, para que se mantengan en condiciones que impidan la presencia de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios;
- b) se asegurarán, en la medida de lo posible, de que las instalaciones utilizadas por los viajeros en los puntos de entrada se mantienen en buenas condiciones higiénicas y exentas de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios;
- c) se encargarán de supervisar toda desratización, desinfección, desinsectación o descontaminación de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos, así como las medidas sanitarias aplicadas a las personas, según proceda de conformidad con el presente Reglamento;
- d) notificarán a los operadores de medios de transporte, con la mayor antelación posible, su intención de someter un medio de transporte a medidas de control y, cuando sea posible, les informarán por escrito sobre los métodos que se utilizarán;
- e) se encargarán de supervisar la eliminación y la evacuación higiénica del agua o los alimentos contaminados, las deyecciones humanas o animales, las aguas residuales y cualquier otra materia contaminada de un medio de transporte;
- f) adoptarán todas las medidas practicables compatibles con el presente Reglamento para vigilar y controlar la evacuación por las embarcaciones de aguas residuales, desperdicios, agua de lastre y otras materias potencialmente patógenas que puedan contaminar las aguas de un puerto, un río, un canal, un estrecho, un lago u otras vías navegables internacionales;

- g) se encargarán de supervisar a los prestadores de servicios para los viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos en los puntos de entrada, incluso practicando inspecciones y exámenes médicos según proceda;
- h) habrán previsto medidas de contingencia para afrontar eventos de salud pública inesperados; e
- i) se comunicarán con el Centro Nacional de Enlace para el RSI acerca de las medidas de salud pública pertinentes adoptadas de conformidad con el presente Reglamento.

2. Las medidas sanitarias recomendadas por la OMS respecto de los viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos procedentes de una zona afectada podrán volver a aplicarse si se dispone de indicios verificables y/o pruebas de que las medidas aplicadas a la salida de la zona afectada no han surtido efecto.

3. Los procedimientos sanitarios de desinsectación, desratización, desinfección, descontaminación y de otro tipo se aplicarán evitando que causen lesiones y, en la medida de lo posible, molestias a las personas, o repercutan en el entorno de modo que afecten a la salud pública o dañen equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales

TÍTULO V - MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Capítulo I - Disposiciones generales

Artículo 23 Medidas sanitarias a la llegada o la salida

1. Sin perjuicio de los acuerdos internacionales aplicables y de lo dispuesto en los artículos pertinentes del presente Reglamento, un Estado Parte podrá exigir, con fines de salud pública, a la llegada o la salida:

- a) a los viajeros:
 - i) información sobre su destino para poder tomar contacto con ellos;
 - ii) información sobre su itinerario, para averiguar si han estado en una zona afectada o sus proximidades, o sobre otros posibles contactos con una infección o contaminación antes de la llegada, así como el examen de los documentos sanitarios de los viajeros que prescriba el presente Reglamento; y/o
 - iii) un examen médico no invasivo lo menos intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública; y
- b) la inspección de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos.

2. Sobre la base de las pruebas obtenidas mediante las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo, o por otros medios, sobre la existencia de un riesgo para la salud pública, los Estados Partes podrán aplicar medidas adicionales de salud de conformidad con el presente Reglamento, en particular en relación con viajeros sospechosos o afectados, según el caso, el examen médico lo menos intrusivo e invasivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública consistente en prevenir la propagación internacional de enfermedades.

3. No se realizará ningún examen médico ni se procederá a ninguna vacunación ni se adoptará ninguna medida profiláctica ni sanitaria en virtud del presente Reglamento sin el consentimiento informado previo y explícito del viajero o de sus padres o tutores, con la salvedad de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 31, y de conformidad con la legislación y las obligaciones internacionales del Estado Parte.
4. Los viajeros que deban ser vacunados o recibir medidas profilácticas en virtud del presente Reglamento, o sus padres o tutores, serán informados de los posibles riesgos relacionados con la vacunación o la no vacunación y con la aplicación o no aplicación de medidas profilácticas, de conformidad con la legislación y las obligaciones internacionales del Estado Parte. Los Estados Partes informarán al personal médico de estos requisitos de conformidad con su respectiva legislación.
5. Sólo se llevarán a cabo exámenes médicos o se someterá a los viajeros a protocolos médicos, vacunas u otras medidas profilácticas que entrañen un riesgo de transmisión de enfermedades si ello se hace de conformidad con normas de seguridad reconocidas nacionalmente o internacionalmente para reducir al mínimo ese riesgo.

Capítulo II - Disposiciones especiales relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte

Artículo 24 Operadores de medios de transporte

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas practicables que sean compatibles con el presente Reglamento para asegurarse de que los operadores de medios de transporte:
 - a) cumplen las medidas sanitarias recomendadas por la OMS y adoptadas por ellos, **incluido para su aplicación a bordo, así como durante el embarque y el desembarque;**
 - b) informan a los viajeros de las medidas sanitarias recomendadas por la OMS y adoptadas por los Estados Partes, **incluido para su aplicación a bordo, así como durante el embarque y el desembarque;** y
 - c) mantienen permanentemente los medios de transporte a su cargo libres de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios. Se podrá exigir la aplicación de medidas de control de las fuentes de infección o contaminación si se descubren pruebas de su presencia.
2. En el anexo 4 figuran las disposiciones particulares relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte a que se refiere el presente artículo. En el anexo 5 figuran las medidas concretas aplicables a los medios de transporte y a los operadores de medios de transporte con respecto a las enfermedades transmitidas por vectores.

Artículo 25 Embarcaciones y aeronaves en tránsito

Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 27 y 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, ningún Estado Parte aplicará medida sanitaria alguna:

- a) a las embarcaciones que, no procediendo de una zona afectada, transiten por un canal u otra vía de navegación dentro del territorio de un Estado Parte en ruta hacia un puerto situado en el territorio de otro Estado. La autoridad competente permitirá, bajo su vigilancia, el aprovisionamiento de combustible, agua, víveres y suministros;

b) a las embarcaciones que naveguen por sus aguas jurisdiccionales sin atracar en un puerto ni fondear en la costa; y

c) a las aeronaves en tránsito en un aeropuerto bajo su jurisdicción, con la salvedad de que éstas podrán ser obligadas a permanecer en una zona determinada del aeropuerto, sin efectuar embarques o desembarques ni carga o descarga. No obstante, bajo la supervisión de las autoridades competentes, esas aeronaves se podrán aprovisionar de combustible, agua, víveres y suministros.

Artículo 26 Camiones trenes y autocares civiles en tránsito

Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 27 y 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales pertinentes, no se aplicará medida sanitaria alguna a ningún camión, tren ni autocar civil que no proceda de una zona afectada y que atraviese un territorio sin realizar operaciones de embarque, desembarque, carga o descarga.

Artículo 27 Medios de transporte afectados

1. Cuando a bordo de un medio de transporte se hallen signos o síntomas clínicos e información basada en hechos o pruebas de un riesgo para la salud pública, incluidas fuentes de infección o contaminación, la autoridad competente considerará que el medio de transporte está afectado y podrá:

a) desinfectar, descontaminar, desinsectar o desratizar el medio de transporte, según proceda, o hacer que estas medidas sean aplicadas bajo su supervisión; y

b) decidir en cada caso la técnica que se empleará para garantizar un nivel adecuado de control del riesgo para la salud pública según lo previsto en el presente Reglamento. Cuando existan métodos o materiales aconsejados por la OMS para estos procedimientos, serán éstos los que se utilicen, a menos que la autoridad competente determine que otros métodos son igualmente seguros y fiables.

De ser necesario, la autoridad competente podrá adoptar medidas sanitarias adicionales, incluso el aislamiento **y la cuarentena** de los medios de transporte, para impedir la propagación de la enfermedad. Dichas medidas adicionales se notificarán al Centro Nacional de Enlace para el RSI.

2. Si la autoridad competente en el punto de entrada no está en condiciones de aplicar las medidas de control prescritas en este artículo, se podrá permitir la partida del medio de transporte con sujeción a las condiciones siguientes:

a) cuando se produzca la salida, la autoridad competente facilitará la información a que se hace referencia en el apartado b) a la autoridad competente del siguiente punto de entrada conocido; y

b) si se trata de una embarcación, se anotarán en el certificado de control de sanidad a bordo las pruebas encontradas y las medidas de control exigidas.

La autoridad competente permitirá, bajo su vigilancia, el aprovisionamiento de combustible, agua potable, víveres y suministros.

3. Un medio de transporte que se haya considerado afectado dejará de considerarse como tal si la autoridad competente se ha cerciorado:

- a) de que se han aplicado efectivamente las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo; y
- b) de que las condiciones a bordo no constituyen un riesgo para la salud pública.

Artículo 28 Embarcaciones y aeronaves en puntos de entrada

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o de lo previsto en los acuerdos internacionales aplicables, no se podrá negar a una embarcación o una aeronave el acceso a un punto de entrada por motivos de salud pública. Ello no obstante, si el punto de entrada no dispone de medios para la aplicación de las medidas sanitarias contempladas en el presente Reglamento, se podrá ordenar a la embarcación o la aeronave que prosiga el viaje, por su cuenta y riesgo, hasta el punto de entrada apropiado más cercano que convenga para el caso, salvo que la embarcación o la aeronave tengan un problema operativo que haga inseguro ese desvío.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o de lo previsto en los acuerdos internacionales aplicables, los Estados Partes no denegarán la libre plática a las embarcaciones o aeronaves por razones de salud pública; en particular, no denegarán el embarque o desembarque, la carga o descarga de mercancías o cargas, ni el abastecimiento de combustible, agua, víveres y suministros. Los Estados Partes podrán supeditar el otorgamiento de la libre plática a una inspección y, si se descubre a bordo una fuente de infección o contaminación, a la aplicación de las medidas necesarias de desinfección, descontaminación, desinsectación o desratización, o de otras medidas necesarias para prevenir la propagación de la infección o contaminación.

3. Siempre que sea posible y a reserva de lo dispuesto en el párrafo ~~anterior~~ **2 del presente artículo**, los Estados Partes autorizarán la libre plática por radio u otro medio de comunicación a una embarcación o aeronave cuando, sobre la base de la información que facilite antes de su llegada, consideren que no provocará la introducción o propagación de enfermedades.

4. Los capitanes de embarcaciones y los pilotos de aeronaves, o sus representantes, pondrán en conocimiento de las autoridades de los puertos y aeropuertos de destino, con la mayor antelación posible a la llegada, todo caso de enfermedad con signos de naturaleza infecciosa o prueba de riesgo para la salud pública a bordo, tan pronto como el capitán o piloto tengan conocimiento de dicha enfermedad o riesgo. Esta información será transmitida de inmediato a la autoridad competente del puerto o aeropuerto. En caso de urgencia, el capitán o piloto comunicará la información directamente a la autoridad competente del puerto o aeropuerto.

5. En caso de que una aeronave o embarcación sospechosa o afectada aterrice o atraque, por motivos ajenos a la voluntad del piloto de la aeronave o el capitán de la embarcación, en otro lugar que no sea el aeropuerto o el puerto en que debía hacerlo, se seguirá el procedimiento siguiente:

- a) el piloto de la aeronave o el capitán de la embarcación, o cualquier otra persona al mando de la misma, procurará por todos los medios comunicarse sin tardanza con la autoridad competente más próxima;
- b) la autoridad competente, tan pronto como haya recibido aviso del aterrizaje, podrá aplicar las medidas sanitarias recomendadas por la OMS u otras medidas sanitarias contempladas en el presente Reglamento;

c) salvo que sea necesario por motivos urgentes o a efectos de comunicación con la autoridad competente, ningún pasajero a bordo de la aeronave o de la embarcación podrá alejarse del lugar de aterrizaje o de atraque, ni se retirará de ese lugar carga alguna, a menos que la autoridad competente lo autorice; y

d) una vez cumplidas todas las medidas exigidas por la autoridad competente, la aeronave o la embarcación podrá, por lo que atañe a las medidas sanitarias, dirigirse al aeropuerto o al puerto en el que hubiera debido aterrizar o atracar, o, si por razones técnicas no puede hacerlo, a otro aeropuerto o puerto que convenga para el caso.

6. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los capitanes de embarcaciones y los pilotos de aeronaves podrán adoptar las medidas de urgencia que sean necesarias para la salud y la seguridad de los viajeros a bordo. Tan pronto como sea posible, informarán a la autoridad competente de las medidas que hayan adoptado de conformidad con el presente párrafo.

Artículo 29 Camiones, trenes y autocares civiles en puntos de entrada

En consulta con los Estados Partes, la OMS elaborará principios orientadores sobre la aplicación de medidas sanitarias a camiones, trenes y autocares civiles en puntos de entrada y pasos fronterizos terrestres.

Capítulo III - Disposiciones especiales relativas a los viajeros

Artículo 30 Viajeros sometidos a observación de salud pública

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, los viajeros sospechosos que a la llegada sean sometidos a observación de salud pública podrán continuar su viaje internacional si no suponen un riesgo inminente para la salud pública y si el Estado Parte informa a la autoridad competente en el punto de entrada en destino, de conocerse este último, de su prevista llegada. A su llegada, el viajero deberá informar a esa autoridad.

Artículo 31 Medidas sanitarias relacionadas con la entrada de viajeros

1. No se exigirá un examen médico invasivo, la vacunación ni otras medidas profilácticas como condición para la entrada de viajeros en el territorio de un Estado Parte; no obstante, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 32, 42 y 45, el presente Reglamento no impide que los Estados Partes exijan un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas, o certificado de vacunación o prueba de la aplicación de otras medidas profilácticas, en los casos siguientes:

- a) cuando sea necesario para determinar si existe un riesgo para la salud pública;
- b) como condición para la entrada de viajeros que pretenden solicitar una residencia temporal o permanente;
- c) como condición para la entrada de viajeros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 o en los anexos 6 y 7; o
- d) cuando se efectúen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23.

2. Si un viajero al que un Estado Parte puede exigir un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo no da su consentimiento para tales medidas o se niega a facilitar la información o los documentos a que hace referencia el párrafo 1 a)

del artículo 23, el Estado Parte de que se trate podrá denegar, de conformidad con los artículos 32, 42 y 45, la entrada de ese viajero. Si hay pruebas de un riesgo inminente para la salud pública, el Estado Parte, de conformidad con su legislación nacional y en la medida necesaria para controlar ese riesgo, podrá obligar al viajero, con arreglo al párrafo 3 del artículo 23, a someterse a lo siguiente:

- a) el examen médico lo menos invasivo e intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública;
- b) la vacunación u otra medida profiláctica; o bien
- c) otras medidas sanitarias reconocidas que impidan o controlen la propagación de la enfermedad, con inclusión del aislamiento, la cuarentena o el sometimiento del viajero a observación de salud pública.

Artículo 32 Trato dispensado a los viajeros

Cuando los Estados Partes apliquen medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento, tratarán a los viajeros respetando su dignidad, sus derechos humanos y sus libertades fundamentales y reducirán al mínimo las molestias o inquietudes asociadas con tales medidas, lo que incluirá:

- a) tratar a todos los viajeros con cortesía y respeto;
- b) tener en cuenta las consideraciones de género, socioculturales, étnicas y religiosas de importancia para los viajeros; y
- c) proporcionar u ocuparse de que tengan alimentos adecuados y agua, instalaciones y vestimenta apropiados, proteger el equipaje y otras pertenencias, ofrecer un tratamiento médico adecuado, medios para las comunicaciones necesarias en lo posible en un idioma que entiendan, y otras medidas adecuadas para los viajeros que estén en cuarentena, aislados o sometidos a exámenes médicos u otros procedimientos relacionados con objetivos de salud pública.

Capítulo IV - Disposiciones especiales relativas a las mercancías, los contenedores y las zonas de carga de contenedores

Artículo 33 Mercancías en tránsito

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, las mercancías en tránsito sin trasbordo, a excepción de los animales vivos, no serán sometidas a medidas sanitarias en virtud del presente Reglamento ni serán retenidas por motivos de salud pública.

Artículo 34 Contenedores y zonas de carga de contenedores

1. Los Estados Partes se asegurarán, en la medida de lo posible, de que los expedidores utilizan en el tráfico internacional contenedores que se mantienen exentos de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios, particularmente durante el proceso de empaquetado.
2. Los Estados Partes se asegurarán, en la medida de lo posible, de que las zonas de carga de contenedores se mantienen exentas de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios.

3. Cuando, en opinión de un Estado Parte, el volumen del tráfico internacional de contenedores tenga una magnitud suficiente, las autoridades competentes adoptarán todas las medidas practicables compatibles con el presente Reglamento, incluida la realización de inspecciones, para evaluar las condiciones sanitarias de las zonas de carga de contenedores y de los contenedores, a fin de cerciorarse de que se cumplen las obligaciones estipuladas en el presente Reglamento.
4. En las zonas de carga de contenedores se habilitarán instalaciones para la inspección y el aislamiento de contenedores, cuando sea factible.
5. Los consignadores y consignatarios de contenedores harán todo lo posible por evitar la contaminación de la carga de unos contenedores por la de otros cuando se utilicen para múltiples fines.

TÍTULO VI - DOCUMENTOS SANITARIOS

Artículo 35 Disposición general

1. En el tráfico internacional no se exigirán otros documentos sanitarios que los previstos en el presente Reglamento o en las recomendaciones formuladas por la OMS, aunque debe tenerse en cuenta, sin embargo, que este artículo no se aplicará a los viajeros que soliciten residencia temporal o permanente ni a las prescripciones sobre la documentación de la salubridad de las mercancías o cargas objeto de comercio internacional contenidas en los acuerdos internacionales pertinentes. A condición de que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 23, la autoridad competente podrá pedir que se cumplan formularios sobre datos de contacto y cuestionarios sobre la salud de los viajeros.
2. **Los documentos sanitarios previstos en el presente Reglamento podrán emitirse en formato no digital o digital, con sujeción a las obligaciones para un Estado Parte en lo que respecta al formato de tales documentos dimanantes de otros acuerdos internacionales.**
3. **Con independencia del formato en que se hayan emitido los documentos sanitarios previstos en el presente Reglamento, dichos documentos sanitarios serán conformes a los anexos, a los que se hace referencia en los artículos 36 a 39, según proceda, y su autenticidad será verificable.**
4. **La OMS, en consulta con los Estados Partes, elaborará y actualizará, según sea necesario, orientaciones técnicas, incluidas especificaciones o normas relacionadas con la emisión de los documentos sanitarios y la verificación de su autenticidad, tanto en formato digital como no digital. Estas especificaciones o normas se ajustarán a lo dispuesto en el artículo 45, relativo al tratamiento de los datos personales.**

Artículo 36 Certificados de vacunación u otras medidas profilácticas

1. Las vacunas y los tratamientos profilácticos que se administren a los viajeros en cumplimiento de lo prescrito en el presente Reglamento o en las recomendaciones pertinentes, así como los certificados correspondientes, se ajustarán a las disposiciones del anexo 6 y, cuando proceda, del anexo 7 por lo que respecta a determinadas enfermedades.
2. No se denegará la entrada a los viajeros en posesión de un certificado de vacunación o de otro tratamiento profiláctico expedido de conformidad con lo dispuesto en el anexo 6 y, cuando proceda, en el anexo 7, como consecuencia de la enfermedad a la que se refiera el certificado, incluso cuando procedan de una zona afectada, a menos que la autoridad competente tenga indicios verificables y/o pruebas para pensar que la vacunación u otro tratamiento profiláctico no haya resultado eficaz.

*Artículo 37 Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo***

1. Antes de la llegada al primer puerto de escala en el territorio de un Estado Parte, el capitán de una embarcación averiguará cuál es el estado de salud a bordo y, salvo en los casos en que ese Estado Parte no lo exija, cumplimentará y entregará a su llegada, o antes de la llegada si la embarcación está equipada a ese efecto y el Estado Parte exige la entrega por adelantado, una Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo**, refrendada por el médico de a bordo si lo hubiere, a la autoridad competente del citado puerto.
2. El capitán de la embarcación, o el médico de a bordo si lo hubiere, facilitará toda la información que pida la autoridad competente sobre las condiciones de sanidad a bordo durante una travesía internacional.
3. La Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo** se ajustará al modelo del anexo 8.
4. Los Estados Partes podrán:
 - a) Eximir de la presentación de la Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo** a todas las embarcaciones que arriben; o
 - b) Exigir la presentación de la Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo** en virtud de una recomendación concerniente a las embarcaciones procedentes de zonas afectadas, o bien exigirla a las que por cualquier otro motivo puedan ser portadoras de infección o contaminación.

Los Estados Partes deberán comunicar estas prescripciones a los armadores o sus agentes.

Artículo 38 Parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave

1. Durante el vuelo, o al aterrizaje en el primero de los aeropuertos que haya de tocar en el territorio de un Estado Parte, el piloto al mando de una aeronave, o su representante, cumplimentará cuanto mejor pueda y entregará a la autoridad competente del aeropuerto, salvo en los casos en que el Estado Parte no lo exija, la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave, que deberá ajustarse al modelo del anexo 9.
2. El piloto al mando de una aeronave, o su representante, facilitará toda la información que pida el Estado Parte respecto a las condiciones de sanidad a bordo durante el viaje internacional y a toda medida sanitaria aplicada a la aeronave.
3. Los Estados Partes podrán:
 - a) eximir de la presentación de la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave a todas las aeronaves que arriben; o
 - b) exigir la presentación de la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave en virtud de una recomendación concerniente a las aeronaves procedentes de zonas afectadas, o bien exigirla a las aeronaves que por cualquier otro motivo puedan ser portadoras de infección o contaminación.

Los Estados Partes deberán comunicar estas prescripciones a las compañías de navegación aérea o sus agentes.

Artículo 39 Certificados de sanidad a bordo de una embarcación

1. Los certificados de exención del control de sanidad a bordo y de control de sanidad a bordo tendrán una validez máxima de seis meses. Este periodo podrá prorrogarse un mes más si la inspección o las medidas de control exigidas no pueden realizarse en el puerto.
2. Cuando no se presente un certificado válido de exención del control de sanidad a bordo o un certificado válido de control de sanidad a bordo, o cuando a bordo de una embarcación se hallen pruebas de un riesgo para la salud pública, el Estado Parte podrá proceder conforme a lo previsto en el párrafo 1 del artículo 27.
3. Los certificados a que se refiere el presente artículo se ajustarán al modelo del anexo 3.
4. Siempre que sea posible, las medidas de control se aplicarán cuando la embarcación y las bodegas estén vacías. En el caso de las embarcaciones en lastre, se aplicarán antes de que empiecen las operaciones de carga.
5. Cuando se exijan medidas de control y éstas se hayan cumplido satisfactoriamente, la autoridad competente expedirá un certificado de control de sanidad a bordo, dejando constancia de las pruebas encontradas y las medidas de control adoptadas.
6. En los puertos designados de conformidad con el artículo 20 del presente Reglamento, la autoridad competente podrá expedir certificados de exención del control de sanidad a bordo si se ha cerciorado de que la embarcación está exenta de infección y contaminación, incluidos vectores y reservorios. De ordinario, sólo se expedirá este certificado si la inspección se ha efectuado con la embarcación y las bodegas vacías o cargadas exclusivamente de lastre o de otros materiales que, por su naturaleza o por su estibado, permitan una inspección detenida de las bodegas.
7. Cuando la autoridad competente del puerto donde se hayan aplicado medidas de control sanitario considere que las condiciones en que la operación se ha realizado no permiten obtener un resultado satisfactorio, deberá dejar constancia de ese parecer en el certificado de control de sanidad a bordo.

TÍTULO VII - TASAS SANITARIAS*Artículo 40 Cobro de tasas por las medidas sanitarias relativas a viajeros*

1. Excepto en el caso de los viajeros que pretenden obtener residencia temporal o permanente, y sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, los Estados Partes no percibirán tasa alguna en virtud del presente Reglamento por la aplicación de las siguientes medidas de protección de la salud pública:
 - a) por los exámenes médicos previstos en el presente Reglamento, ni por ningún examen suplementario que pueda exigir el Estado Parte de que se trate para conocer el estado de salud del viajero examinado;
 - b) por las vacunaciones u otras intervenciones profilácticas practicadas a la llegada de los viajeros, que no sean requisitos publicados o sean requisitos publicados con menos de 10 días de antelación a la administración de las vacunaciones u otras intervenciones profilácticas;
 - c) por las medidas apropiadas de aislamiento o cuarentena de los viajeros;

- d) por los certificados expedidos a los viajeros con el fin de especificar las medidas aplicadas y la fecha de aplicación; o
 - e) por las medidas sanitarias adoptadas en relación con el equipaje que acompaña a los viajeros.
- 2. Los Estados Partes podrán cobrar tasas por aplicar medidas sanitarias diferentes de las previstas en el párrafo 1 del presente artículo, incluidas las adoptadas principalmente en beneficio de los viajeros.
- 3. Cuando se cobren tasas por aplicar a los viajeros las medidas sanitarias previstas en el presente Reglamento, en cada Estado Parte sólo habrá una tarifa para las tasas, y todas ellas:
 - a) respetarán esa tarifa;
 - b) no excederán del costo efectivo del servicio prestado; y
 - c) se cobrarán sin distinción de nacionalidad, domicilio o residencia del viajero de que se trate.
- 4. La tarifa, y sus posibles enmiendas, habrán de publicarse al menos 10 días antes de su cobro.
- 5. Ninguna disposición del presente Reglamento impedirá a los Estados Partes reclamar el reembolso de los gastos en que hubieran incurrido para aplicar las medidas sanitarias descritas en el párrafo 1 del presente artículo:
 - a) a los operadores o propietarios de medios de transporte en relación con sus empleados; o
 - b) a las aseguradoras pertinentes.
- 6. En ningún caso se denegará a los viajeros o a los operadores de medios de transporte la posibilidad de abandonar el territorio de un Estado Parte porque adeuden las tasas mencionadas en los párrafos 1 ó 2 del presente artículo.

Artículo 41 Aplicación de tasas a equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales

- 1. Cuando se cobren tasas por aplicar medidas sanitarias a equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales de conformidad con el presente Reglamento, en cada Estado Parte sólo habrá una tarifa para las tasas, y todas ellas:
 - a) respetarán esa tarifa;
 - b) no excederán del costo efectivo del servicio prestado; y
 - c) se cobrarán sin distinción de nacionalidad, pabellón, registro o propiedad de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales. En particular no se establecerá distinción alguna entre equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales nacionales y extranjeros.
- 2. La tarifa, y sus posibles enmiendas, habrán de publicarse al menos 10 días antes de su cobro.

TÍTULO VIII - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 42 Aplicación de medidas sanitarias

La aplicación de las medidas sanitarias que se adopten en cumplimiento del presente Reglamento será inmediata y perentoria y se hará de manera transparente y no discriminatoria.

Artículo 43 Medidas sanitarias adicionales

1. El presente Reglamento no impedirá que, en respuesta a riesgos específicos para la salud pública o emergencias de salud pública de importancia internacional, los Estados Partes apliquen medidas sanitarias acordes con su legislación nacional pertinente y las obligaciones dimanantes del derecho internacional:

- a) que proporcionen un nivel igual o mayor de protección sanitaria que las recomendaciones de la OMS; o
- b) que en otras circunstancias estarían prohibidas por el artículo 25, el artículo 26, los párrafos 1 y 2 del artículo 28, el artículo 30, el párrafo 1 c) del artículo 31 y el artículo 33,

siempre que esas medidas no sean incompatibles de otro modo con este Reglamento.

Estas medidas no habrán de ser más restrictivas del tráfico internacional ni más invasivas ni intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria.

2. Para determinar si aplican las medidas sanitarias referidas en el párrafo 1 del presente artículo u otras medidas sanitarias previstas en el párrafo 2 del artículo 23, el párrafo 1 del artículo 27, el párrafo 2 del artículo 28 y el párrafo 2 c) del artículo 31, los Estados Partes se basarán en:

- a) principios científicos;
- b) las pruebas científicas disponibles de un riesgo para la salud humana o, si esas pruebas son insuficientes, la información disponible, incluida la procedente de la OMS y otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes; y
- c) toda orientación o recomendación específicas disponibles de la OMS.

3. Si un Estado Parte aplica algunas de las medidas sanitarias adicionales previstas en el párrafo 1 del presente artículo y éstas conllevan trabas significativas para el tráfico internacional, dicho Estado Parte comunicará a la OMS las razones de salud pública y la información científica pertinente. La OMS transmitirá esa información a otros Estados Partes, y comunicará información sobre las medidas sanitarias aplicadas. Para los fines del presente artículo, en general, por trabas significativas se entiende impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas.

4. Tras evaluar la información facilitada de conformidad con los párrafos 3 y 5 del presente artículo y otros datos pertinentes, la OMS podrá pedir al Estado Parte en cuestión que reconsidere la aplicación de las medidas.

5. Si un Estado Parte aplica algunas de las medidas sanitarias adicionales previstas en los párrafos 1 y 2 del presente artículo y éstas conllevan trabas significativas para el tráfico internacional, dicho Estado

Parte comunicará a la OMS, dentro de las 48 horas siguientes a su aplicación, esas medidas y sus razones de salud pública, a menos que las medidas sean objeto de una recomendación temporal o permanente.

6. El Estado Parte que aplique una medida sanitaria en virtud de los párrafos 1 ó 2 del presente artículo revisará la medida dentro de un plazo de tres meses, teniendo en cuenta las orientaciones de la OMS y los criterios enunciados en el párrafo 2 del presente artículo.

7. Sin perjuicio de los derechos que le amparen en virtud del artículo 56, un Estado Parte afectado por una medida adoptada de conformidad con los párrafos 1 ó 2 del presente artículo podrá pedir al Estado Parte que la aplica que mantenga consultas con él, **bien directamente, o a través del Director General, que también podrá facilitar las consultas entre los Estados Partes de que se trate.** La finalidad de esas consultas es aclarar la información científica y las razones de salud pública en que se basa la medida y encontrar una solución aceptable para ambos. **Salvo que se acuerde otra cosa con el Estado Parte que interviene en la consulta, debe mantenerse el carácter confidencial de la información intercambiada durante la consulta.**

8. Las disposiciones del presente artículo se podrán aplicar a la adopción de medidas respecto de viajeros que participan en congregaciones de masas.

Artículo 44 Colaboración y asistencia y financiación

1. Los Estados Partes se comprometen a colaborar entre sí en la medida de lo posible, para:

- a) la detección y evaluación de eventos, **la preparación frente a estos** y la respuesta a los mismos, según lo que dispone el presente Reglamento;
- b) la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico, en particular para el desarrollo y reforzamiento de las capacidades ~~en la esfera de la salud pública~~ **básicas** que requiere el **anexo 1** del presente Reglamento;
- c) la movilización de recursos financieros, **en particular a través de las fuentes y los mecanismos de financiación pertinentes** para facilitar la aplicación de sus obligaciones dimanantes del presente Reglamento, **en particular para dar respuesta a las necesidades de los países en desarrollo;**
- d) la formulación de proyectos de ley y otras disposiciones legales y administrativas para la aplicación del presente Reglamento; y

2. La OMS colaborará con los Estados Partes, **y les prestará asistencia, previa solicitud,** en la medida de lo posible para:

- a) la evaluación y estimación de sus capacidades ~~en la esfera de la salud pública~~ **básicas** para facilitar la aplicación efectiva del presente Reglamento;
- b) la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico a los Estados Partes; y
- c) la movilización de recursos financieros en apoyo de los países en desarrollo para ~~crear~~ **desarrollar**, reforzar y mantener las capacidades **básicas** a que se refiere el anexo 1; y
- d) **la facilitación del acceso a productos de salud pertinentes, de conformidad con el párrafo 8 del artículo 13.**

2 bis. Los Estados Partes, con sujeción a lo dispuesto en la legislación aplicable y a los recursos disponibles, mantendrán o aumentarán la financiación interna, según sea necesario, y colaborarán, incluido a través de la cooperación y la asistencia internacionales, según proceda, para fortalecer la financiación sostenible con miras a apoyar la aplicación del presente Reglamento.

2 ter. De conformidad con el apartado c) del párrafo 1, los Estados Partes se comprometerán a colaborar, en la medida de lo posible, para:

- a)* alentar unos modelos de gobernanza y de funcionamiento de las entidades y mecanismos de financiación existentes que sean regionalmente representativos y que den respuesta a las necesidades y las prioridades nacionales de los países en desarrollo al aplicar el presente Reglamento;
- b)* determinar y permitir el acceso a los recursos financieros, entre otras medidas a través del Mecanismo de Coordinación Financiera, establecido conforme al artículo 44 *bis*, necesarios para dar una respuesta equitativa a las necesidades y las prioridades de los países en desarrollo, en particular con miras a desarrollar, fortalecer y mantener las capacidades básicas.

2 quater. El Director General apoyará la labor de colaboración mencionada en el párrafo 2 *bis* del presente artículo, según proceda. Los Estados Partes y el Director General informarán de los resultados al respecto como parte de la labor de presentación de informes a la Asamblea de la Salud.

3. La colaboración a que hace referencia el presente artículo podrá llevarse a la práctica a través de múltiples canales, incluidos los bilaterales, a través de redes regionales y las oficinas regionales de la OMS, y a través de organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales.

Artículo 44 bis - Mecanismo Financiero de Coordinación

1. En virtud del presente artículo se establece un Mecanismo Financiero de Coordinación («el Mecanismo») para:

- a)* promover la provisión de financiación oportuna, previsible y sostenible para la aplicación del presente Reglamento con el fin de desarrollar, reforzar y mantener las capacidades básicas enunciadas en el anexo 1 del presente Reglamento, en particular las pertinentes para la emergencias pandémicas;
- b)* tratar de incrementar al máximo la disponibilidad de financiación para las necesidades y prioridades en materia de aplicación de los Estados Partes, en particular de los países en desarrollo; y
- c)* trabajar para movilizar recursos financieros nuevos y adicionales, e incrementar la utilización eficiente de los instrumentos de financiación existentes, que sean pertinentes para la aplicación eficaz del presente Reglamento.

2. En apoyo de los objetivos enunciados en el párrafo 1 del presente artículo el Mecanismo, entre otras cosas:

- a)* utilizará o efectuará los pertinentes análisis de necesidades y déficits de financiación;

- b) promoverá la armonización, la coherencia y la coordinación de los instrumentos financieros existentes;**
- c) identificará todas las fuentes de financiación que estén disponibles en apoyo de la aplicación y pondrá esa información a disposición de los Estados Partes;**
- d) prestará asesoramiento y apoyo a los Estados Partes que lo soliciten en la identificación y solicitud de recursos financieros para reforzar las capacidades básicas, en particular las pertinentes para las emergencias pandémicas;**
- e) recaudará contribuciones monetarias voluntarias para organizaciones y otras entidades que ayuden a los Estados Partes a desarrollar, reforzar y mantener sus capacidades básicas, en particular las pertinentes para las emergencias pandémicas;**

3. El Mecanismo funcionará, en relación con la aplicación del presente Reglamento, bajo la autoridad y la orientación de la Asamblea de la Salud, a la que rendirá cuentas.

Artículo 45 Tratamiento de los datos personales

1. La información sanitaria que los Estados Partes obtengan o reciban en cumplimiento del presente Reglamento de otro Estado Parte o de la OMS y que se refiera a personas identificadas o identificables será considerada confidencial y tratada de forma anónima, según estipule la legislación nacional.
2. Sin perjuicio de las disposiciones del párrafo 1, los Estados Partes podrán **tratar** y dar a conocer ~~y tratar~~ datos personales cuando sea esencial para evaluar y manejar un riesgo para la salud pública, pero los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional, y la OMS se asegurarán de que los datos personales sean:
 - a) tratados de manera justa y con arreglo a la ley, y evitando todo procesamiento adicional incompatible con esa finalidad;
 - b) adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con esa finalidad;
 - c) exactos y, cuando sea preciso, actualizados; deberán adoptarse todas las medidas razonables necesarias para garantizar que los datos inexactos o incompletos sean eliminados o rectificados; y
 - d) no se conserven más tiempo del necesario.

3. A petición, la OMS proporcionará en lo posible a una persona sus propios datos personales a los que se refiere este artículo de manera inteligible, sin retrasos ni gastos excesivos y, cuando sea necesario, permitirá su corrección.

Artículo 46 Transporte y manejo de sustancias biológicas, reactivos y materiales para fines de diagnóstico

Los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional y teniendo en cuenta las directrices internacionales pertinentes, facilitarán el transporte, la entrada, la salida, el procesamiento y la eliminación de las sustancias biológicas y las muestras para fines de diagnóstico, los reactivos y otros materiales de diagnóstico que correspondan con fines de verificación y respuesta de salud pública de conformidad con el presente Reglamento.

TÍTULO IX - LISTA DE EXPERTOS DEL RSI, COMITÉ DE EMERGENCIAS Y COMITÉ DE EXAMEN

Capítulo I - Lista de Expertos del RSI

Artículo 47 Composición

El Director General establecerá una lista de expertos en todas las esferas de competencia pertinentes (en adelante denominada «Lista de Expertos del RSI»). El Director General, al establecer la Lista de Expertos del RSI, se ajustará, salvo disposición en contrario del presente Reglamento, al Reglamento de los cuadros y comités de expertos (en adelante denominado el «Reglamento de los cuadros de expertos de la OMS»). Además, el Director General nombrará a un miembro a petición de cada Estado Parte y, cuando proceda, a expertos propuestos por organizaciones intergubernamentales y organizaciones de integración económica regional pertinentes. Los Estados Partes interesados comunicarán al Director General las calificaciones y el área de conocimientos de cada uno de los expertos que presenten como candidatos a la Lista de Expertos del RSI. El Director General informará periódicamente sobre la composición de esta Lista a los Estados Partes, las organizaciones intergubernamentales y organizaciones de integración económica regional pertinentes.

Capítulo II - Comité de Emergencias

Artículo 48 Mandato y composición

1. El Director General establecerá un Comité de Emergencias que asesorará, a petición del Director General, sobre lo siguiente:

- a) si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**;
- b) si procede declarar concluida una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**; y
- c) si procede formular, modificar, prorrogar o anular una recomendación temporal.

1 bis. El Comité de Emergencias estará considerado como un Comité de Expertos comité de expertos y estará sujeto al Reglamento de los cuadros de expertos de la OMS, a menos que se estipule lo contrario en el presente artículo.

2. El Comité de Emergencias estará integrado por expertos elegidos por el Director General entre los miembros de la Lista de Expertos del RSI y, cuando proceda, de otros cuadros de expertos de la Organización. El Director General determinará la duración del nombramiento de los miembros con el fin de asegurar su continuidad en la consideración de un evento concreto y sus consecuencias. El Director General elegirá a los miembros del Comité de Emergencias en función de las esferas de competencia y experiencia requeridas para un periodo de sesiones concreto y teniendo debidamente en cuenta el principio de la representación geográfica equitativa. ~~Por lo menos un miembro~~ **Los Miembros del Comité de Emergencias deben incluir como mínimo a ser un experto designado por el un Estado Parte o los Estados Partes en cuyo territorio aparece está ocurriendo el evento.**

3. El Director General podrá nombrar, por iniciativa propia o a petición del Comité de Emergencias, a uno o más expertos técnicos que asesoren al Comité.

Artículo 49 Procedimiento

1. El Director General convocará las reuniones del Comité de Emergencias seleccionando a algunos expertos entre aquellos a que se hace referencia en el párrafo 2 del artículo 48, habida cuenta de las esferas de competencia y la experiencia de mayor interés para el evento concreto de que se trate. A los efectos del presente artículo, por «reuniones» del Comité de Emergencias se entenderá también las teleconferencias, videoconferencias o comunicaciones electrónicas.
2. El Director General facilitará al Comité de Emergencias el orden del día y toda la información pertinente al evento, inclusive las informaciones proporcionadas por los Estados Partes, así como las recomendaciones temporales cuya formulación proponga el Director General.
3. El Comité de Emergencias elegirá a un Presidente y preparará después de cada reunión una breve acta resumida de sus debates y deliberaciones, incluido todo asesoramiento sobre recomendaciones.
4. El Director General invitará al Estado Parte **o los Estados Partes** en cuyo territorio ~~ocurre~~ **está ocurriendo** el evento a que expongan sus opiniones al Comité de Emergencias y, a tal efecto, les notificará las fechas y el orden del día de la reunión del Comité de Emergencias con la mayor antelación posible. El Estado **Parte o los Estados Partes** de que se trate, sin embargo, no podrán pedir un aplazamiento de la reunión del Comité de Emergencias con el fin de exponerle sus opiniones.
5. La opinión del Comité de Emergencias se transmitirá al Director General para su examen. El Director General resolverá en última instancia sobre esos asuntos.
6. El Director General comunicará a **todos** los Estados Partes la aparición y la conclusión de una emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, todas las medidas sanitarias adoptadas por el Estado Parte **o los Estados Partes** de que se trate, y todas las recomendaciones temporales, **incluida la evidencia que las sustenta**, así como las modificaciones, prórrogas o la anulación de esas recomendaciones, junto con **la composición** y la opinión del Comité de Emergencias. El Director General informará a los operadores de medios de transporte, por conducto de los Estados Partes, y a los organismos internacionales pertinentes de esas recomendaciones temporales, inclusive su modificación, prórroga o anulación. Subsiguientemente, el Director General pondrá a disposición del público en general esa información y las recomendaciones.
7. Los Estados Partes en cuyo territorio ocurre el evento podrán proponer al Director General que anule la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, **incluida una emergencia pandémica**, y/o las recomendaciones temporales, y podrán realizar con ese fin una presentación ante el Comité de Emergencias.

Capítulo III - Comité de Examen*Artículo 50 Mandato y composición*

1. El Director General establecerá un Comité de Examen, cuyas funciones serán las siguientes:
 - a) formular recomendaciones técnicas al Director General respecto de las enmiendas al presente Reglamento;
 - b) proporcionar asesoramiento técnico al Director General en relación con las recomendaciones permanentes, sus eventuales modificaciones o su anulación; y

- c) proporcionar asesoramiento técnico al Director General sobre los asuntos que éste le remita en relación con el funcionamiento del presente Reglamento.
2. El Comité de Examen será considerado un comité de expertos y estará sujeto al Reglamento de los cuadros de expertos de la OMS, salvo cuando en el presente artículo se indique otra cosa.
 3. El Director General elegirá y designará a los miembros del Comité de Examen entre las personas que integran la Lista de Expertos del RSI y, cuando proceda, otros cuadros pertinentes de expertos de la Organización.
 4. El Director General determinará el número de miembros que se han de invitar a cada reunión del Comité de Examen, fijará la fecha y duración de la reunión, y convocará al Comité.
 5. El Director General nombrará a los miembros del Comité de Examen sólo para el periodo que dure el trabajo de una reunión.
 6. El Director General elegirá a los miembros del Comité de Examen sobre la base de los principios de representación geográfica equitativa, paridad entre los géneros, equilibrio de expertos de países desarrollados y países en desarrollo, representación de diferentes corrientes de pensamiento científico, enfoques y experiencia práctica en distintas partes del mundo y un equilibrio interdisciplinario adecuado.

Artículo 51 Funcionamiento

1. Las decisiones del Comité de Examen se adoptarán por mayoría de los miembros presentes y votantes.
2. El Director General invitará a los Estados Miembros, las Naciones Unidas y sus organismos especializados y otras organizaciones intergubernamentales u organizaciones no gubernamentales pertinentes que mantienen relaciones oficiales con la OMS a que designen representantes para que asistan a las reuniones del Comité. Esos representantes podrán presentar memorandos y, con la anuencia del presidente, hacer declaraciones sobre los temas que se examinen, pero no tendrán derecho de voto.

Artículo 52 Informes

1. En cada reunión, el Comité de Examen preparará un informe en el que se expondrá el dictamen del Comité. Este informe será aprobado por el Comité de Examen antes de que finalice la reunión. Su dictamen no obligará a la Organización y se emitirá al solo efecto de asesorar al Director General. El texto del informe no podrá ser modificado sin la anuencia del Comité.
2. Si el Comité de Examen no logra unanimidad en sus conclusiones, todo miembro tendrá derecho a expresar su opinión profesional discrepante en un informe individual o colectivo en el que se expondrán las razones por las cuales se sostiene una opinión divergente y que formará parte del informe del Comité.
3. El informe del Comité de Examen se someterá al Director General, quien comunicará el dictamen del Comité a la Asamblea de la Salud o al Consejo Ejecutivo, para que lo examinen y actúen al respecto.

Artículo 53 Procedimiento relativo a las recomendaciones permanentes

Cuando el Director General entienda que es necesaria y apropiada una recomendación permanente en relación con un riesgo específico para la salud pública, recabará la opinión del Comité de Examen. Además de los párrafos pertinentes de los artículos 50 a 52, se aplicarán también las disposiciones siguientes:

- a) las propuestas relativas a las recomendaciones permanentes, su modificación o su anulación podrán ser sometidas al Comité de Examen por el Director General o por los Estados Partes, por conducto del Director General;
- b) todo Estado Parte podrá presentar información pertinente para que el Comité la examine;
- c) el Director General podrá solicitar a cualquier Estado Parte, organización intergubernamental u organización no gubernamental que mantenga relaciones oficiales con la OMS, que ponga a disposición del Comité de Examen la información que obre en su poder concerniente al objeto de la recomendación permanente propuesta, según lo especifique el Comité;
- d) el Director General, a petición del Comité de Examen o por propia iniciativa, podrá designar uno o más expertos técnicos que asesoren al Comité. Esos expertos técnicos no tendrán derecho de voto;
- e) los informes en que se consigne el dictamen del Comité de Examen con respecto a las recomendaciones permanentes se presentarán al Director General, para que los examine y decida al respecto. El Director General comunicará el dictamen del Comité a la Asamblea de la Salud;
- f) el Director General comunicará a los Estados Partes las recomendaciones permanentes, así como sus modificaciones o su anulación, junto con el dictamen del Comité de Examen; y
- g) el Director General someterá las recomendaciones permanentes a la consideración de la Asamblea de la Salud siguiente.

TÍTULO X - DISPOSICIONES FINALES

Artículo 54 Presentación de informes y examen

1. Los Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud.
2. La Asamblea de la Salud examinará periódicamente el funcionamiento del presente Reglamento, incluida la financiación para su aplicación efectiva. Con ese fin podrá pedir asesoramiento al Comité de Examen por conducto del Director General. El primero de esos exámenes se realizará antes de que se cumplan cinco años de la entrada en vigor del Reglamento.
3. Periódicamente la OMS realizará estudios en los que se examinará y evaluará el funcionamiento del anexo 2. El primero de esos exámenes se realizará a más tardar un año después de la entrada en vigor del Reglamento. Los resultados de esos exámenes se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud según corresponda.

Artículo 54 bis Comité de los Estados Partes para la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

1. Se establece por el presente artículo el Comité de los Estados Partes para la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para facilitar la aplicación efectiva del presente Reglamento, en particular el artículo 44 y el artículo 44 *bis*. El Comité será de carácter facilitador y consultivo solamente, y funcionará de manera no contenciosa, no punitiva, asistencial y transparente, inspirado en los principios establecidos en el artículo 3. A tal efecto:

a) el Comité tendrá como finalidad promover y apoyar el aprendizaje, el intercambio de las mejores prácticas y la cooperación entre los Estados Partes para la aplicación efectiva del presente Reglamento;

b) el Comité establecerá un Subcomité que proporcionará asesoramiento técnico y rendirá cuentas al Comité.

2. El Comité estará integrado por todos los Estados Partes y se reunirá al menos una vez cada dos años. El mandato del Comité, incluido su modo de funcionamiento, y el del Subcomité se adoptarán por consenso en la primera reunión del Comité.

3. El Comité tendrá un Presidente y un Vicepresidente, elegidos por el Comité entre los Estados Partes que son miembros, que ejercerán sus funciones durante dos años y rotarán sobre una base regional.¹

4. El Comité adoptará en su primera reunión, por consenso, el mandato del Mecanismo Financiero de Coordinación, establecido en el artículo 44 *bis*, y las modalidades para su puesta en funcionamiento y gobernanza, y podrá adoptar los acuerdos de trabajo necesarios con los organismos internacionales pertinentes, que podrán apoyar su funcionamiento según proceda

Artículo 55 Enmiendas

[Las enmiendas al presente artículo entrarán en vigor el 31 de mayo de 2024]

1. Cualquiera de los Estados Partes o el Director General podrán proponer enmiendas al presente Reglamento. Esas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud.

2. El texto de las enmiendas propuestas será transmitido por el Director General a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que se propondrá su consideración.

3. Las enmiendas del presente Reglamento que adopte la Asamblea de la Salud de conformidad con el presente artículo entrarán en vigor para todos los Estados Partes en los mismos términos y con sujeción a los mismos derechos y obligaciones previstos en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS y en los artículos 59 a 64 del presente Reglamento.

Artículo 56 Solución de controversias

1. En caso de que se produzca una controversia entre dos o más Estados Partes acerca de la interpretación o la aplicación del presente Reglamento, los Estados Partes en cuestión tratarán de resolverla en primer lugar negociando entre ellos o de cualquier otra forma pacífica que elijan, incluidos los buenos oficios, la mediación o la conciliación. De no llegar a un entendimiento, las partes en disputa no estarán eximidas de seguir tratando de resolver la controversia.

2. En caso de que la controversia no se solucione por los medios descritos en el párrafo 1 del presente artículo, los Estados Partes en cuestión podrán acordar que se someta al Director General, quien hará todo lo posible por resolverla.

¹ A los efectos de la presente disposición, se considerará que la Santa Sede y Liechtenstein pertenecen a la Región de Europa de la OMS, entendiéndose este arreglo sin perjuicio de su condición de Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) que no son Miembros de la OMS.

3. Todo Estado Parte podrá en cualquier momento declarar por escrito al Director General que reconoce como obligatorio el arbitraje para la solución de todas las controversias relativas a la interpretación o la aplicación del presente Reglamento en las que sea parte, o de una controversia concreta frente a otro Estado Parte que acepte la misma obligación. El arbitraje se realizará de acuerdo con el Reglamento Facultativo de la Corte Permanente de Arbitraje para el Arbitraje de Controversias entre Dos Estados vigente en el momento en que se formule la petición de arbitraje. Los Estados Partes que hayan acordado reconocer como obligatorio el arbitraje aceptarán el laudo arbitral con carácter vinculante y definitivo. El Director General informará a la Asamblea de la Salud acerca de dicha medida, según proceda.

4. Ninguna disposición del presente Reglamento menoscabará los derechos de que gocen los Estados Partes en virtud de un acuerdo internacional en el que puedan ser partes a recurrir a los mecanismos de solución de controversias de otras organizaciones intergubernamentales o establecidos en virtud de un acuerdo internacional.

5. En caso de que se produzca una controversia entre la OMS y uno o más Estados Partes respecto a la interpretación o aplicación del presente Reglamento, la cuestión será sometida a la Asamblea de la Salud.

Artículo 57 Relación con otros acuerdos internacionales

1. Los Estados Partes reconocen que el RSI y demás acuerdos internacionales pertinentes deben interpretarse de forma que sean compatibles. Las disposiciones del RSI no afectarán a los derechos y obligaciones de ningún Estado Parte que deriven de otros acuerdos internacionales.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo, ninguna disposición del presente Reglamento impedirá que los Estados Partes que tengan algunos intereses en común debido a sus condiciones sanitarias, geográficas, sociales o económicas concluyan tratados o acuerdos especiales con objeto de facilitar la aplicación del presente Reglamento, y en particular en lo que respecta a las cuestiones siguientes:

- a) intercambio rápido y directo de información concerniente a la salud pública entre territorios vecinos de diferentes Estados;
- b) medidas sanitarias aplicables al tráfico costero internacional y al tránsito internacional por aguas bajo su jurisdicción;
- c) medidas sanitarias aplicables en la frontera común de territorios contiguos de diferentes Estados;
- d) arreglos para el traslado de personas afectadas o restos humanos afectados por medios de transporte especialmente adaptados para ese objeto; y
- e) desratización, desinsectación, desinfección, descontaminación u otros tratamientos concebidos para eliminar de las mercancías los agentes patógenos.

3. Sin perjuicio de las obligaciones que contraen en virtud del presente Reglamento, los Estados Partes que sean miembros de una organización de integración económica regional aplicarán en sus relaciones mutuas las normas comunes en vigor en esa organización de integración económica regional.

Artículo 58 Acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 62 y de las excepciones que a continuación se expresan, el presente Reglamento sustituirá las disposiciones de los siguientes acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales entre los Estados obligados por sus estipulaciones y entre esos Estados y la OMS:

- a) Convención Sanitaria Internacional, firmada en París el 21 de junio de 1926;
- b) Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea, firmada en La Haya el 12 de abril de 1933;
- c) Acuerdo Internacional sobre Supresión de las Patentes de Sanidad, firmado en París el 22 de diciembre de 1934;
- d) Acuerdo Internacional sobre Supresión de Visas Consulares en las Patentes de Sanidad, firmado en París el 22 de diciembre de 1934;
- e) Convención firmada en París el 31 de octubre de 1938 para modificar la Convención Sanitaria Internacional del 21 de junio de 1926;
- f) Convención Sanitaria Internacional de 1944, puesta a la firma en Washington el 15 de diciembre de 1944 para modificar la Convención Sanitaria Internacional del 21 de junio de 1926;
- g) Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea de 1944, puesta a la firma en Washington el 15 de diciembre de 1944 para modificar la Convención del 12 de abril de 1933;
- h) Protocolo de 23 de abril de 1946 firmado en Washington para prorrogar la vigencia de la Convención Sanitaria Internacional de 1944;
- i) Protocolo de 23 de abril de 1946 firmado en Washington para prorrogar la vigencia de la Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea de 1944;
- j) Reglamento Sanitario Internacional de 1951 y Reglamentos Adicionales de 1955, 1956, 1960, 1963 y 1965; y
- k) Reglamento Sanitario Internacional de 1969, y las modificaciones de 1973 y 1981.

2. Seguirá en vigor el Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana el 14 de noviembre de 1924, con excepción de los artículos 2, 9, 10, 11, 16 a 53 inclusive, 61 y 62, a los cuales se aplicarán las disposiciones pertinentes del párrafo 1 del presente artículo.

Artículo 59 Entrada en vigor; plazo para la recusación o la formulación de reservas

[Las enmiendas al presente artículo entrarán en vigor el 31 de mayo de 2024]

1. De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS, el plazo hábil para recusar el presente Reglamento o una enmienda del mismo o para formular reservas a sus disposiciones o a las enmiendas será de 18 meses desde la fecha en que el Director General notifique la adopción del Reglamento o de una enmienda del mismo por la Asamblea de la Salud. No surtirán efecto las notificaciones de recusación ni las reservas que reciba el Director General después de vencido ese plazo.

2. El presente Reglamento entrará en vigor 24 meses después de la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo, salvo para:

- a) los Estados que hayan recusado el presente Reglamento o una enmienda del mismo de conformidad con el artículo 61;
- b) los Estados que hayan formulado una reserva, para los que el presente Reglamento entrará en vigor según lo previsto en el artículo 62;
- c) los Estados que pasen a ser Miembros de la OMS después de la fecha de la notificación del Director General a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo y que no sean ya partes en el presente Reglamento, para los cuales éste entrará en vigor según lo previsto en el artículo 60; y
- d) los Estados que no son Miembros de la OMS pero aceptan el presente Reglamento, para los cuales entrará en vigor de conformidad con las disposiciones del párrafo 1 del artículo 64.

3. Si un Estado no puede ajustar plenamente sus disposiciones legislativas y administrativas al presente Reglamento dentro del plazo establecido en el párrafo 2 del presente artículo, dicho Estado presentará al Director General, dentro del plazo establecido en el párrafo 1 del presente artículo, una declaración sobre los ajustes pendientes, y ultimarán esos ajustes a más tardar 12 meses después de la entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte.

Artículo 60 Nuevos Estados Miembros de la OMS

Cualquier Estado que, después de la fecha de la notificación del Director General a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59, ingrese en la Organización en calidad de Miembro y que no sea ya parte en el presente Reglamento podrá notificar su recusación de éste o formular reservas respecto de sus disposiciones en el plazo de ~~doce~~ 12 meses contados desde la fecha de la notificación que le envíe el Director General tras adquirir la condición de Miembro de la OMS. Si a la expiración del plazo indicado no ha sido recusado, el presente Reglamento entrará en vigor para ese Estado con sujeción a las disposiciones de los artículos 62 y 63. En ningún caso entrará en vigor para ese Estado antes de que hayan transcurrido 24 meses desde la fecha de notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59.

Artículo 61 Recusación

[Las enmiendas al presente artículo entrarán en vigor el 31 de mayo de 2024]

Si un Estado notifica al Director General su recusación del presente Reglamento o de una enmienda del mismo dentro del plazo previsto en el párrafo 1 del artículo 59, dicho Reglamento o la enmienda en cuestión no entrará en vigor para ese Estado. Los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58 y en los que ese Estado sea ya Parte se mantendrán en vigor para ese Estado.

Artículo 62 Reservas

[Las enmiendas al presente artículo entrarán en vigor el 31 de mayo de 2024]

1. Los Estados podrán formular reservas al presente Reglamento de conformidad con el presente artículo. Esas reservas no podrán ser incompatibles con el objetivo y la finalidad del Reglamento.

2. Las reservas al presente Reglamento se comunicarán al Director General de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 59 y en el artículo 60, el párrafo 1 del artículo 63 o el párrafo 1 del

artículo 64, según el caso. Los Estados que no sean Miembros de la OMS podrán formular reservas en el momento en que notifiquen al Director General su aceptación del presente Reglamento. Los Estados que formulen reservas deberán comunicar al Director General los motivos de dichas reservas.

3. La recusación de una parte del presente Reglamento se considerará una reserva.
4. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 65, el Director General enviará notificación de toda reserva recibida con arreglo al párrafo 2 del presente artículo; y
 - a) si la reserva se hubiera formulado antes de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Miembros que no hayan recusado el presente Reglamento que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas;⁵⁷ o
 - b) si la reserva se hubiera formulado después de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Partes que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas.

Los Estados Partes que planteen objeciones a las reservas deberán comunicar al Director General los motivos de dichas objeciones.

5. Transcurrido ese plazo, el Director General comunicará a todos los Estados Partes las objeciones planteadas a las reservas. A menos que dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo una reserva haya sido objetada por un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo, se considerará aceptada y el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que la haya presentado, con la salvedad de la propia reserva.
6. Si por lo menos un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo plantean objeciones a una reserva dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo, el Director General notificará de ello al Estado que presentó la reserva con miras a que considere la posibilidad de retirarla dentro de un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General cursó la notificación.
7. El Estado que haya formulado una reserva deberá seguir cumpliendo las obligaciones que hubiera contraído en relación con el asunto objeto de la reserva en virtud de los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58.
8. Si el Estado que formula una reserva no la retira en un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General efectuó la notificación mencionada en el párrafo 6 del presente artículo, el Director General recabará la opinión del Comité de Examen si así lo solicita el Estado que formuló la reserva. El Comité de Examen asesorará al Director General, tan pronto como sea posible y de conformidad con el artículo 50, sobre las consecuencias prácticas de la reserva en la aplicación del presente Reglamento.
9. El Director General someterá la reserva formulada y, si procede, las opiniones del Comité de Examen a la consideración de la Asamblea de la Salud. Si la Asamblea de la Salud, con el voto de una mayoría, plantea objeciones a la reserva por entender que es incompatible con el objetivo y la finalidad del presente Reglamento, la reserva no se aceptará, y el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que haya formulado la reserva, únicamente después de que la haya retirado con arreglo al artículo 63. Si la Asamblea de la Salud acepta la reserva, el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que ha formulado la reserva, sin perjuicio de la misma.

Artículo 63 Retiro de recusaciones o reservas

[Las enmiendas al presente artículo entrarán en vigor el 31 de mayo de 2024]

1. Todo Estado podrá retirar en cualquier momento la recusación presentada de conformidad con el artículo 61 mediante notificación al Director General. En esos casos, el presente Reglamento entrará en vigor para ese Estado cuando el Director General reciba la notificación, salvo que el Estado haya formulado una reserva en el momento de retirar su recusación, en cuyo caso el presente Reglamento entrará en vigor según lo previsto en el artículo 62. En ningún caso entrará en vigor el presente Reglamento para ese Estado antes de que hayan transcurrido 24 meses desde la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59.
2. El Estado Parte en cuestión podrá retirar en cualquier momento las reservas, en todo o en parte, mediante notificación al Director General. En ese caso, la retirada tendrá efecto a partir de la fecha en que el Director General reciba la notificación.

Artículo 64 Estados que no son Miembros de la OMS

1. Los Estados que sin ser Miembros de la OMS sean partes en cualquiera de los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58 o a los que el Director General haya notificado la adopción del presente Reglamento por la Asamblea de la Salud podrán ser partes en el mismo significando su aceptación al Director General y, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 62, esa aceptación surtirá efecto desde la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento o, si se notifica después de esa fecha, tres meses después de que el Director General haya recibido la notificación de aceptación.
2. Los Estados que sin ser Miembros de la OMS lleguen a ser partes en el presente Reglamento podrán, en todo momento, dejar de participar en su aplicación enviando al Director General la oportuna notificación, que surtirá efecto seis meses después de la fecha en que la reciba el Director General. A partir de ese momento, el Estado que haya dejado de ser parte en el Reglamento deberá reanudar la aplicación de las disposiciones de todos los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58 en los que dicho Estado fuera parte anteriormente.

Artículo 65 Notificaciones del Director General

1. El Director General notificará a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados de la OMS, y a las demás partes en los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58, la adopción del presente Reglamento por la Asamblea de la Salud.
2. El Director General notificará además a esos Estados, y a cualquier otro que llegue a ser parte en el presente Reglamento o en cualquier modificación del mismo, todas las enmiendas que la OMS reciba de conformidad con lo dispuesto en los artículos 60 a 64, respectivamente, y todas las decisiones que tome la Asamblea de la Salud en cumplimiento del artículo 62.

Artículo 66 Textos auténticos

1. Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Reglamento serán igualmente auténticos. Los textos originales del presente Reglamento serán depositados en los archivos de la OMS.
2. El Director General entregará, con la notificación a que hace referencia el párrafo 1 del artículo 59, copia certificada del presente Reglamento a todos los Miembros y Miembros Asociados y a las demás partes en los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58.

3. A la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General entregará al Secretario General de las Naciones Unidas copia certificada del mismo para el cumplimiento del trámite de registro previsto en el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

ANEXO 1

~~A. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA PARA LAS
TAREAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA~~**CAPACIDADES BÁSICAS**

1. Los Estados Partes utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidades básicas que establece el Reglamento con respecto, entre otras cosas, a lo siguiente:

- a) sus actividades de **prevención**, vigilancia, presentación de informes, notificación, verificación, **preparación**, respuesta y colaboración; y
- b) sus actividades con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.

2. Cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento para esa Parte, la capacidad de las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos mínimos descritos en el presente anexo. Como consecuencia de esta evaluación, los Estados Partes elaborarán y pondrán en práctica planes de acción para garantizar que estas capacidades básicas existan y estén operativas en todo su territorio según se establece en el párrafo 1 del artículo 5, y el párrafo 1 del artículo 13 y el **apartado a) del artículo 19**.

3. Los Estados Partes y la OMS prestarán apoyo a los procesos de evaluación, planificación y puesta en práctica previstos en el presente anexo.

4. Con arreglo al artículo 44, los Estados Partes se comprometen a colaborar entre sí en la medida de lo posible para desarrollar, reforzar y mantener las capacidades básicas

**A. CAPACIDADES BÁSICAS NECESARIAS PARA LA PREVENCIÓN,
VIGILANCIA, PREPARACIÓN Y RESPUESTA**

41. En el nivel de la comunidad local y/o en el nivel primario de respuesta de salud pública (en adelante el «nivel local»), cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las Capacidades básicas para:

- a) detectar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, en todas las zonas del territorio del Estado Parte; y
- b) comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible. En el nivel de la comunidad, la información se comunicará a las instituciones comunitarias locales de atención de salud o al personal de salud apropiado. En el nivel primario de respuesta de salud pública, la información se comunicará a los niveles intermedio y nacional de respuesta, según sean las estructuras orgánicas. A los efectos del presente anexo, la información esencial incluye lo siguiente: descripciones clínicas, resultados de laboratorio, origen y naturaleza del riesgo, número de casos humanos y de defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y medidas sanitarias aplicadas; y

- c) **prepararse para la aplicación de ~~inmediatas~~ medidas preliminares de control y aplicarlas de inmediato;**
- d) **prepararse para la prestación de los servicios de salud necesarios para responder a los riesgos y eventos de salud pública, y facilitar el acceso a dichos servicios; y**
- e) **colaborar con las partes interesadas pertinentes, incluidas las comunidades, en la preparación y respuesta frente a riesgos y eventos de salud pública.**

52. En los niveles intermedios de respuesta de salud pública (**en adelante el «nivel intermedio»**), **cuando sea aplicable,¹ cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las capacidades básicas** para:

- a) confirmar el estado de los eventos notificados y apoyar o aplicar medidas adicionales de control; y
- b) evaluar inmediatamente los eventos notificados y, si se considera que son apremiantes, comunicar al nivel nacional toda la información esencial. A los efectos del presente anexo, son criterios para considerar apremiante un evento las repercusiones de salud pública graves y/o el carácter inusitado o inesperado, junto con un alto potencial de propagación; y
- c) **coordinarse con el nivel local y prestarle apoyo en la prevención, preparación y respuesta frente a riesgos y eventos de salud pública, en particular en relación con:**
 - i) **la vigilancia;**
 - ii) **las investigaciones *in situ*;**
 - iii) **los medios de diagnóstico de laboratorio, incluida la remisión de muestras;**
 - iv) **la aplicación de medidas de control;**
 - v) **el acceso a los servicios de salud y a los productos de salud necesarios para la respuesta;**
 - vi) **la comunicación de riesgos, en particular para hacer frente a la información errónea y la desinformación;**
 - vii) **la asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros médicos y otros suministros pertinentes y transporte); y**

63. En el nivel nacional

Evaluación y notificación. **Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las capacidades básicas** para:

- a) evaluar dentro de las 48 horas todas las informaciones relativas a eventos apremiantes; y

¹ En los Estados Partes en los que, debido a su estructura administrativa, falta un nivel intermedio o no puede identificarse con claridad, se entenderá que las capacidades básicas enumeradas en los apartados a) a e) del presente párrafo han de desarrollarse, reforzarse o mantenerse al nivel local o al nivel nacional, según proceda, de acuerdo con las leyes y el contexto nacionales.

b) notificar el evento inmediatamente a la OMS, por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, cuando la evaluación indique que es de obligada notificación conforme a lo estipulado en el párrafo 1 del artículo 6 y en el anexo 2, e informar a la OMS según lo previsto en el artículo 7 y en el párrafo 2 del artículo 9.

Prevención, preparación y respuesta de salud pública. Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las capacidades básicas para:

a bis) determinar rápidamente las medidas de control necesarias a fin de prevenir la propagación nacional e internacional;

***b)* la vigilancia;**

***b c)* el despliegue de personal especializado;**

***d)* el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y;**

***e)* la asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros médicos y otros suministros pertinentes y transporte);**

***e f)* prestar la asistencia necesaria *in situ* para complementar las investigaciones locales;**

***g)* elaborar y/o difundir orientaciones para el manejo de casos clínicos y la prevención y el control de infecciones;**

***h)* el acceso a los servicios de salud y a los productos de salud necesarios para la respuesta;**

***i)* la comunicación de riesgos, en particular para hacer frente a la información errónea y la desinformación;**

***d j)* facilitar un enlace operativo directo con funcionarios superiores del sector de la salud y otros sectores para aprobar y aplicar rápidamente medidas de contención y control;**

***e k)* facilitar el enlace directo con otros ministerios pertinentes de los gobiernos;**

***f l)* facilitar enlaces, por los medios de comunicación más eficaces disponibles, con hospitales, dispensarios, aeropuertos, puertos, pasos fronterizos terrestres, laboratorios y otras áreas operativas clave, para difundir la información y las recomendaciones recibidas de la OMS relativas a eventos ocurridos en el propio territorio del Estado Parte y en los territorios de otros Estados Partes;**

***g m)* establecer, aplicar y mantener un plan nacional de respuesta de emergencia de salud pública, inclusive creando equipos multidisciplinarios/multisectoriales para responder a los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional;**

***m bis)* coordinar las actividades a nivel nacional y prestar apoyo a los niveles local e intermedio, según proceda, en la prevención, preparación y respuesta frente a riesgos y eventos de salud pública; y**

***h n)* realizar lo anterior durante las 24 horas del día.**

B. CAPACIDADES BÁSICAS NECESARIAS EN LOS AEROPUERTOS, PUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES DESIGNADOS

1. En todo momento, **cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las Capacidades básicas** para:

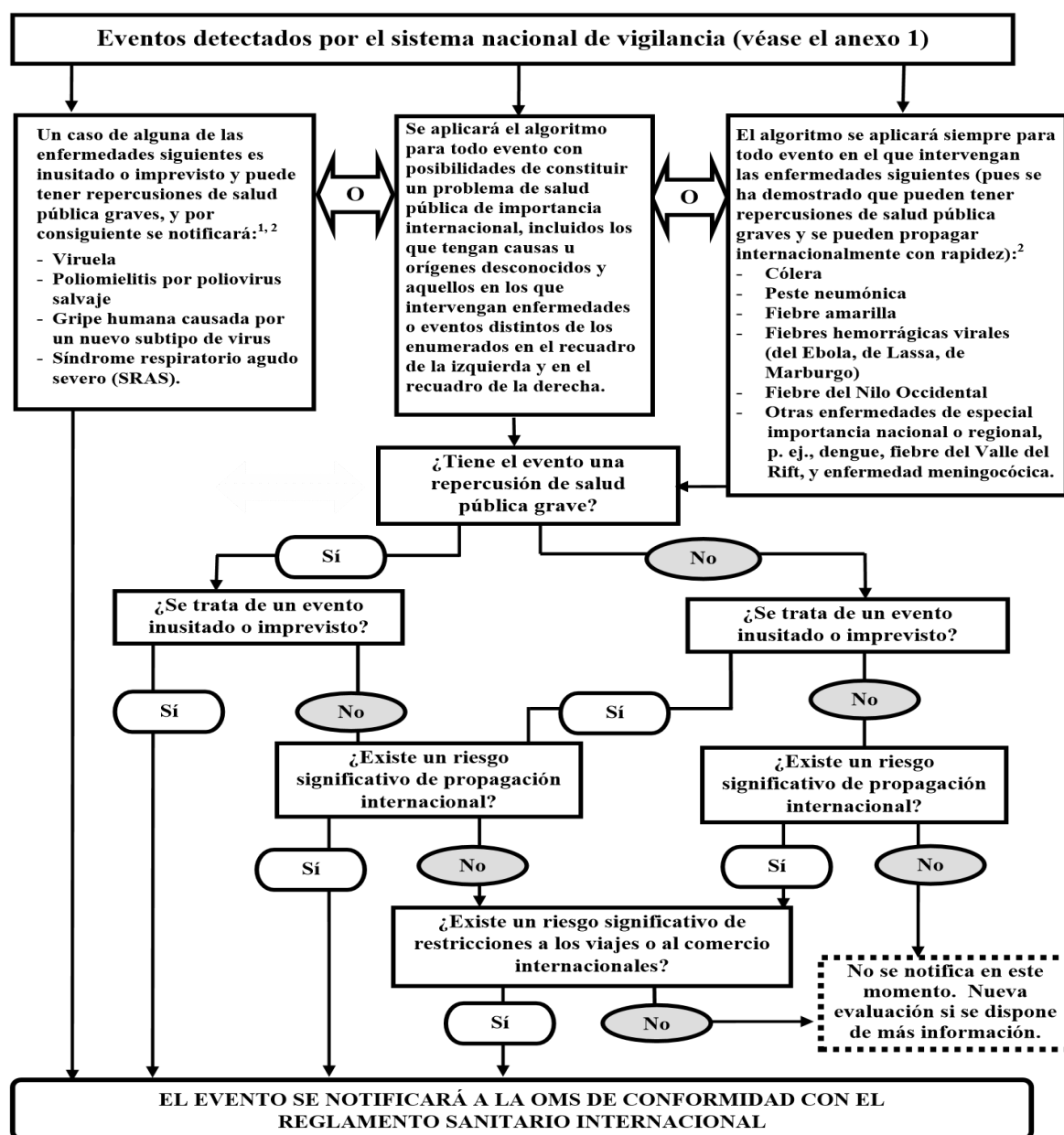
- a) ofrecer acceso *i)* a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediatas de los viajeros enfermos, y *ii)* a personal, equipo e instalaciones adecuados;
- b) ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada;
- c) facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte;
- d) velar por que gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y
- e) disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías.

2. Para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, **cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá las Capacidades básicas** para:

- a) responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de salud pública y de otro tipo que corresponda;
- b) ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales **y los laboratorios**, para su aislamiento **y tratamiento, el análisis de sus muestras** y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios;
- c) ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros;
- d) ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada;
- e) aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto;
- f) aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y
- g) ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE PUEDAN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL



¹ Según las definiciones de casos establecidas por la OMS.

² Esta lista de enfermedades se utilizará exclusivamente para los fines del presente Reglamento.

{RECUADRO IZQUIERDO}

Un caso de alguna de las enfermedades siguientes es inusitado o imprevisto y puede tener repercusiones de salud pública graves, y por consiguiente se notificará:^{1,2}

- Viruela
- Poliomielitis por poliovirus ~~salvaje~~
- Gripe humana causada por un nuevo subtipo de virus
- Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

{RECUADRO CENTRAL}

Se aplicará el algoritmo para todo evento con posibilidades de constituir un problema de salud pública de importancia internacional, incluidos los que tengan causas u orígenes desconocidos —**en particular, los grupos de casos de enfermedad respiratoria aguda grave debida a una causa nueva o desconocida**— y aquellos en los que intervengan enfermedades o eventos distintos de los enumerados en el recuadro de la izquierda y en el recuadro de la derecha.

**EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE DECISIÓN
PARA LA EVALUACIÓN Y LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS
QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA
DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL**

*Los ejemplos que figuran en este anexo no son vinculantes y se presentan a título indicativo,
para facilitar la interpretación de los criterios del instrumento de decisión.*

¿ CUMPLE EL EVENTO AL MENOS DOS DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES?

¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave?	I. ¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave?
	1. <i>¿Es alto el número de casos y/o el número de defunciones relacionados con este tipo de evento en el lugar, el momento o la población de que se trata?</i>
	2. <i>¿Es posible que el evento tenga una gran repercusión en la salud pública?</i> EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE CONTRIBUYEN A QUE LA REPERCUSIÓN EN LA SALUD PÚBLICA SEA GRANDE:
	3. <i>¿Se necesita ayuda externa para detectar e investigar el evento en curso, responder a él y controlarlo, o para prevenir nuevos casos?</i> EJEMPLOS DE CUÁNDO PUEDE NECESITARSE AYUDA:

- ✓ Evento causado por un patógeno con grandes posibilidades de provocar epidemias (infecciosidad del agente, letalidad elevada, múltiples vías de transmisión o portador sano).
- ✓ Indicación de fracaso del tratamiento (resistencia a los antibióticos nueva o emergente, ineficacia de la vacuna, resistencia al antídoto, ineficacia del antídoto).
- ✓ El evento constituye un riesgo significativo para la salud pública aun cuando se hayan observado muy pocos casos humanos o ninguno.
- ✓ Casos notificados entre el personal de salud.
- ✓ La población en riesgo es especialmente vulnerable (refugiados, bajo nivel de inmunización, niños, ancianos, inmunidad baja, desnutridos, etc.).
- ✓ Factores concomitantes que pueden dificultar la respuesta de salud pública (catástrofes naturales, conflictos armados, condiciones meteorológicas desfavorables, focos múltiples en el Estado Parte).
- ✓ Evento en una zona con gran densidad de población.
- ✓ Dispersión de materiales tóxicos, infecciosos, o peligrosos por alguna otra razón, de origen natural u otro, que hayan contaminado o tengan posibilidades de contaminar una población y/o una extensa zona geográfica.

- ✓ Recursos humanos, financieros, materiales o técnicos insuficientes, en particular:
 - insuficiente capacidad de laboratorio o epidemiológica para investigar el evento (equipo, personal, recursos financieros);
 - insuficiencia de antídotos, medicamentos y/o vacunas y/o equipo de protección, de descontaminación o de apoyo, para atender las necesidades estimadas;
 - el sistema de vigilancia existente es inadecuado para detectar a tiempo nuevos casos.

¿TIENE EL EVENTO UNA REPERCUSIÓN DE SALUD PÚBLICA GRAVE? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 1, 2 o 3 supra.

¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?	II. ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?
	4. <i>¿Es un evento inusitado?</i> EJEMPLOS DE EVENTOS INUSITADOS: ✓ El evento es causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos. ✓ La evolución de los casos (incluida la morbilidad o la letalidad) es más grave de lo previsto o presenta síntomas no habituales. ✓ La manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población.
	5. <i>¿Es un evento imprevisto desde una perspectiva de salud pública?</i> EJEMPLOS DE EVENTOS IMPREVISTOS: ✓ Evento causado por una enfermedad o un agente ya eliminado o erradicado del Estado Parte o no notificado anteriormente.
	¿SE TRATA DE UN EVENTO INUSITADO O IMPREVISTO? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 4 ó 5 <i>supra</i>.

¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?	III. ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?
	6. <i>¿Hay pruebas de una relación epidemiológica con eventos similares ocurridos en otros Estados Partes?</i>
	7. <i>¿Hay algún factor que alerte sobre el posible desplazamiento transfronterizo del agente, vehículo o huésped?</i> EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN PREDISPONER PARA LA PROPAGACIÓN INTERNACIONAL: ✓ Cuando hay pruebas de propagación local, un caso índice (u otros casos relacionados) con antecedentes en el curso del mes anterior de: – viaje internacional (o lapso equivalente al periodo de incubación si se conoce el patógeno); – participación en una reunión internacional (peregrinación, acontecimiento deportivo, conferencia, etc.); – estrecho contacto con un viajero internacional o una población muy móvil. ✓ Evento causado por una contaminación ambiental que puede traspasar las fronteras internacionales. ✓ Evento ocurrido en una zona de intenso tráfico internacional con limitada capacidad de control sanitario o de detección o descontaminación ambiental.
	¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE PROPAGACIÓN INTERNACIONAL? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 6 ó 7 <i>supra</i>.

¿Existe un riesgo de restricciones internacionales?	IV. ¿Existe un riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al comercio?
	8. <i>¿A raíz de eventos similares anteriores se impusieron restricciones internacionales al comercio o los viajes?</i>
	9. <i>¿Se sospecha o se sabe que la fuente es un alimento, el agua o cualquier otra mercancía que pueda estar contaminada y que se haya exportado a otros Estados o importado de otros Estados?</i>
	10. <i>¿Se ha producido el evento en conexión con alguna reunión internacional o en una zona de intenso turismo internacional?</i>
	11. <i>¿Ha dado lugar el evento a solicitudes de más información por parte de funcionarios extranjeros o medios de comunicación internacionales?</i> ¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE RESTRICCIONES INTERNACIONALES AL COMERCIO O A LOS VIAJES? Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 8, 9, 10 u 11 <i>supra</i>.

Los Estados Partes que hayan contestado «sí» a la pregunta sobre si el evento satisface dos de los cuatro criterios (I-IV) anteriores deberán cursar una notificación a la OMS con arreglo al artículo 6 del Reglamento Sanitario Internacional.

Los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo tienen una validez máxima de seis meses, que podrá prorrogarse un mes si no es posible realizar la inspección en el puerto y no hay pruebas de infección o contaminación.

**APÉNDICE DEL MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD
A BORDO/CERTIFICADO DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO**

Áreas/servicios/sistemas inspeccionados ¹	Pruebas encontradas	Resultados de las muestras	Documentos examinados	Medidas de control aplicadas	Fecha de reinspección	Observaciones sobre las condiciones encontradas
Alimentos						
Procedencia						
Almacenamiento						
Preparación						
Servicio						
Agua						
Procedencia						
Almacenamiento						
Distribución						
Desechos						
Almacenamiento						
Tratamiento						
Evacuación						
Piscinas/gimnasios						
Equipo						
Funcionamiento						
Servicios médicos						
Equipo y dispositivos médicos						
Funcionamiento						
Medicamentos						
Otras áreas inspeccionadas						

¹ Si algo no procede en alguna de las áreas enumeradas, escriba n/p.

ANEXO 4

**PRESCRIPCIONES TÉCNICAS RELATIVAS A LOS MEDIOS DE TRANSPORTE Y
LOS OPERADORES DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

Sección A. Operadores de medios de transporte

1. Los operadores de medios de transporte **prepararán, según proceda, y** facilitarán:
 - a) las inspecciones de la carga, los contenedores y el medio de transporte;
 - b) los exámenes médicos de las personas a bordo;
 - c) la aplicación de otras medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento, **incluido a bordo y durante el embarque y el desembarque;** y
 - d) la presentación de la información pertinente a la salud pública que solicite el Estado Parte.
2. Los operadores de medios de transporte presentarán a la autoridad competente un certificado válido de exención del control de sanidad a bordo, o un certificado válido de control de sanidad a bordo o una Declaración ~~Marítima~~ de Sanidad **a bordo** o una Declaración General de Aeronave, parte sanitaria, con arreglo al presente Reglamento.

Sección B. Medios de transporte

1. Las medidas de control a las que sean sometidos equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte o mercancías en virtud del presente Reglamento se aplicarán de manera adecuada para evitar en lo posible cualquier perjuicio o molestia a las personas o cualquier daño a los equipajes, las cargas, los contenedores, los medios de transporte o las mercancías. Siempre que sea posible y apropiado, las medidas de control se aplicarán cuando el medio de transporte y las bodegas estén vacíos.
2. Los Estados Partes consignarán por escrito las medidas aplicadas a una carga, un contenedor o un medio de transporte, las partes tratadas, los métodos empleados, y los motivos de su aplicación. Tratándose de aeronaves, esta información se comunicará por escrito a la persona a cargo de la aeronave, y tratándose de embarcaciones, se consignará en el certificado de control de sanidad a bordo. En el caso de otras cargas, contenedores o medios de transporte, los Estados Partes facilitarán esa información por escrito a los consignadores, consignatarios, transportistas, la persona a cargo del medio de transporte o los agentes respectivos.

ANEXO 5

**MEDIDAS CONCRETAS RELATIVAS A LAS ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR VECTORES**

1. La OMS publicará periódicamente una lista de las zonas que son objeto de una recomendación de que se desinsecten los medios de transporte procedentes de ellas u otras medidas de lucha antivectorial. La determinación de esas zonas se hará de conformidad con los procedimientos relativos a las recomendaciones temporales o permanentes, según proceda.
2. Los medios de transporte que abandonen un punto de entrada situado en una zona que sea objeto de una recomendación de que se controlen los vectores deben ser desinsectados y mantenidos exentos de vectores. Deberán emplearse, cuando los haya, los métodos y materiales reconocidos por la Organización para estos procesos. Se dejará constancia de la presencia de vectores a bordo de un medio de transporte y de las medidas de control aplicadas para erradicarlos:
 - a) tratándose de una aeronave, en la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave, a menos que esa parte de la Declaración no sea exigida por la autoridad competente del aeropuerto de llegada;
 - b) tratándose de embarcaciones, en los certificados de control de sanidad a bordo; y
 - c) tratándose de otros medios de transporte, en un testimonio escrito del tratamiento realizado, que se facilitará al consignador, el consignatario, el transportista, la persona a cargo del medio de transporte o sus agentes respectivos.
3. Los Estados Partes deberán aceptar la desinsectación, la desratización y demás medidas de control de los medios de transporte que apliquen otros Estados si se han empleado los métodos y materiales recomendados por la Organización.
4. Los Estados Partes elaborarán programas para controlar los vectores capaces de transportar agentes infecciosos que supongan un riesgo para la salud pública hasta una distancia mínima de 400 metros de las zonas de las instalaciones de los puntos de entrada utilizadas para operaciones en las que intervienen viajeros, medios de transporte, contenedores, cargas y paquetes postales, que podrá ampliarse en presencia de vectores con un área de distribución mayor.
5. Si hace falta una inspección complementaria para verificar los buenos resultados de las medidas de lucha antivectorial aplicadas, la autoridad competente que haya aconsejado ese seguimiento informará de esta prescripción a las autoridades competentes del siguiente puerto o aeropuerto de escala conocido con capacidad para realizar la inspección. De tratarse de una embarcación, el dato se consignará en el certificado de control de sanidad a bordo.
6. Un medio de transporte se podrá considerar sospechoso y deberá ser inspeccionado en busca de vectores y reservorios:
 - a) si hay a bordo un posible caso de enfermedad transmitida por vectores;
 - b) si ha habido a bordo un posible caso de enfermedad transmitida por vectores durante un viaje internacional; o bien

c) si el lapso transcurrido desde su salida de una zona afectada permite que los vectores presentes a bordo puedan seguir siendo portadores de enfermedad.

7. Los Estados Partes no prohibirán el aterrizaje de una aeronave o el atraque de una embarcación en su territorio si se han aplicado las medidas de control previstas en el párrafo 3 del presente anexo o las recomendadas por la OMS. No obstante, podrá exigirse a las aeronaves o embarcaciones procedentes de una zona afectada que aterricen en los aeropuertos o se dirijan a los puertos designados por el Estado Parte para tal fin.

8. Los Estados Partes podrán aplicar medidas de lucha antivectorial a los medios de transporte procedentes de una zona afectada por una enfermedad transmitida por vectores si en su territorio se encuentran los vectores de esa enfermedad.

ANEXO 6

VACUNACIÓN, PROFILAXIS Y CERTIFICADOS CONEXOS

1. Las vacunas y demás medidas profilácticas detalladas en el anexo 7 o recomendadas en el presente Reglamento serán de calidad adecuada; las vacunas y medidas profilácticas indicadas por la OMS estarán sujetas a su aprobación. A petición de la OMS, el Estado Parte le facilitará las pruebas pertinentes de la idoneidad de las vacunas y los tratamientos profilácticos administrados en su territorio de conformidad con el presente Reglamento.
2. Las personas a las que se administren vacunas u otros tratamientos profilácticos con arreglo al presente Reglamento recibirán un certificado internacional de vacunación o profilaxis (en adelante el «certificado»), conforme al modelo que figura en el presente anexo. Los certificados habrán de ajustarse en todo al modelo reproducido en este anexo.
3. Los certificados que se expidan conforme a lo dispuesto en el presente anexo sólo serán válidos si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrados han sido aprobados por la OMS.
4. Los certificados **en formato no digital que se expidan conforme a lo dispuesto en el presente anexo** deberán ir firmados ~~de su puño y letra~~ **por** el clínico que supervise la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico, que habrá de ser un médico u otro agente de salud autorizado. Dichos certificados han de llevar también el sello oficial del centro administrador; sin embargo, este sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma. **Sea cual sea el formato en que se hayan expedido, los certificados deberán llevar el nombre del clínico que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico o de la autoridad competente que expida el certificado o que supervise el centro administrador.**
5. Los certificados se rellenarán por completo, en francés o en inglés. También podrá utilizarse otro idioma, además del francés o del inglés.
6. Las enmiendas o tachaduras y la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del certificado.
7. Los certificados son documentos de carácter personal; en ningún caso se podrán utilizar certificados colectivos. Los certificados de los niños se expedirán por separado.
8. **En el caso de los certificados que se expidan en formato no digital conforme a lo dispuesto en el presente anexo**, los padres o tutores deberán firmar los certificados de vacunación de los menores que no puedan escribir. ~~Los analfabetos~~ **Las personas que no sepan firmar** firmarán de la manera habitual, es decir poniendo una señal y haciendo acreditar por otra persona que esa señal es del titular del certificado, **y eso se considerará su firma. Si la persona tiene un tutor, este firmará el certificado en su nombre.**
9. El clínico supervisor que considere contraindicada una vacunación o una medida profiláctica por razones médicas facilitará al interesado una declaración escrita en francés o en inglés, y si procede en otro idioma además de uno de esos dos, de los motivos en que funde su opinión; a su llegada, las autoridades competentes deberán tomar en consideración esa declaración. El clínico supervisor y las autoridades competentes informarán a estas personas de los riesgos que puede entrañar la no vacunación y la no aplicación de medidas profilácticas de conformidad con el párrafo 4 del artículo 23.

10. Los documentos equivalentes expedidos por las Fuerzas Armadas a su personal en servicio activo se admitirán en vez de los certificados internacionales del modelo reproducido en este anexo cuando contengan:

- a)* información médica equivalente a la prescrita en ese modelo; y
- b)* una declaración en francés o en inglés y, si procede, en otro idioma además de uno de esos dos, acreditativa de la naturaleza y la fecha de la vacunación o la profilaxis practicada y de que el documento se expide de conformidad con el presente párrafo.

MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

Certifícase que [nombre]....., nacido(a) el,
sexo,

nacionalidad, documento nacional de identificación, si procede

cuya firma aparece a continuación¹..... **o, si procede:**

nombre del progenitor o el tutor y

firma del progenitor o el tutor¹

en la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra:

(nombre de la enfermedad o dolencia)

de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.

Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título profesional Nombre del clínico supervisor o de la autoridad competente que expida el presente certificado o que supervise el centro de administración	Firma del clínico supervisor ¹	Fabricante y número de lote de la vacuna o del producto profiláctico	Validez del certificado desde hasta	Sello oficial del centro administrador ¹
1.						
2.						

El presente certificado sólo será válido si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrado ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud.

El presente certificado **en formato no digital** deberá ir firmado ~~por de su puño y letra por~~ el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. El certificado ha de llevar también el sello oficial del centro administrador; sin embargo, el sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma. **Sea cual sea el formato en que se haya expedido el presente certificado, deberá llevar el nombre del clínico que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico o de la autoridad competente que expida el certificado que supervise el centro administrador.**

Las enmiendas, tachaduras o borrados y la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del presente certificado.

La validez del presente certificado se extenderá hasta la fecha indicada para la vacunación o el tratamiento profiláctico de que se trate. El certificado deberá ser cumplimentado íntegramente en inglés o en francés. También se podrá cumplimentar, en el mismo documento, en otro idioma además de uno de los dos citados.

¹ Se aplica solo a los certificados expedidos en formato no digital.

ANEXO 7

**REQUISITOS CONCERNIENTES A LA VACUNACIÓN O LA PROFILAXIS
CONTRA ENFERMEDADES DETERMINADAS¹**

1. Además de las recomendaciones de vacunación o profilaxis, se podrá exigir a los viajeros, como condición para su entrada en un Estado Parte, prueba de vacunación o profilaxis contra las enfermedades expresamente designadas en el presente Reglamento, que son las siguientes:

Fiebre amarilla.

2. Consideraciones y requisitos concernientes a la vacunación contra la fiebre amarilla:

a) A los efectos del presente anexo:

i) se fija en seis días el periodo de incubación de la fiebre amarilla;

ii) las vacunas contra la fiebre amarilla aprobadas por la OMS protegen de la infección a partir de los 10 días siguientes a su administración;

iii) la protección se prolonga durante toda la vida de la persona vacunada; y

iv) el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla será válido durante toda la vida de la persona vacunada, contando a partir del décimo día después de la fecha de vacunación.

b) Podrá exigirse la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que salgan de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

c) Cuando un viajero esté en posesión de un certificado de vacunación antiamarílica cuyo plazo de validez no haya empezado todavía, podrá autorizarse su salida, pero a su llegada podrán aplicársele las disposiciones del párrafo 2(*h*) del presente anexo.

d) No podrá tratarse como sospechoso de infección a ningún viajero que esté en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica, aun cuando proceda de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

e) De conformidad con el párrafo 1 del anexo 6, sólo deberán utilizarse las vacunas antiamarílicas aprobadas por la Organización.

f) Los Estados Partes designarán los centros concretos en que puede realizarse la vacunación contra la fiebre amarilla dentro de su territorio para garantizar la calidad y seguridad de los materiales y procedimientos utilizados.

g) Todos los empleados de los puntos de entrada situados en zonas respecto de las cuales la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, y todos los

¹ Enmendados en los subpárrafos *iii*) y *iv*) de la sección 2 *a*) por la resolución WHA67.13 de la Asamblea Mundial de la Salud, del 24 de mayo de 2014. Esta enmienda entró en vigor el 11 de julio de 2016 para todos los Estados Partes en el RSI (2005).

tripulantes de los medios de transporte que utilicen esos puntos de entrada, deberán estar en posesión de certificados válidos de vacunación antiamarílica.

h) Los Estados Partes en cuyo territorio existan vectores de la fiebre amarilla podrán exigir a los viajeros procedentes de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y que no estén en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica que se sometan a cuarentena hasta que el certificado sea válido, o por un máximo de seis días contados desde la fecha de la última exposición posible a la infección si este último periodo fuera más corto que el primero.

i) No obstante, se podrá permitir la entrada de los viajeros que posean una exención de la vacunación antiamarílica, firmada por un funcionario médico autorizado o un agente de salud autorizado, a reserva de las disposiciones del párrafo precedente de este anexo y siempre que se les facilite información sobre la protección contra los vectores de la fiebre amarilla. Si los viajeros no son sometidos a cuarentena, podrá exigírseles que informen a la autoridad competente de cualquier síntoma febril u otro y podrán ser sometidos a vigilancia.

ANEXO 8

MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD A BORDO

Debe ser cumplimentada y presentada a las autoridades competentes por los capitanes de las embarcaciones procedentes de puertos extranjeros.

Presentada en el puerto de..... Fecha.....
 Nombre de la embarcación de navegación marítima o interior..... Matrícula /Nº OMI.....
 Procedencia..... Destino..... Nombre y apellido del capitán.....
 (Nacionalidad)(Pabellón de la embarcación).....
 Tonelaje bruto (embarcaciones de navegación marítima).....
 Tonelaje (embarcaciones de navegación interior).....
 ¿Lleva a bordo certificado válido de exención del control de sanidad o de control de sanidad? Sí... No... Expedido en..... Fecha.....
 ¿Se requiere reinspección? Sí... No...
 ¿Ha tocado la embarcación una zona que la OMS haya declarado afectada? Sí... No...
 Puerto y fecha de la visita.....
 Enumere los puertos de escala desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, con indicación de las fechas de salida:

Cuando lo solicite la autoridad competente del puerto de llegada, enumere los tripulantes, pasajeros u otras personas que se hayan embarcado desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, indicando todos los puertos/países visitados en ese periodo (en caso necesario, añada nuevas anotaciones a las planillas adjuntas):

1)	Nombre.....	embarcado desde: 1).....	2).....	3).....
2)	Nombre.....	embarcado desde: 1).....	2).....	3).....
3)	Nombre.....	embarcado desde: 1).....	2).....	3).....

Número de tripulantes a bordo.....

Número de pasajeros a bordo.....

Cuestionario de sanidad

- 1) ¿Ha fallecido a bordo durante la travesía alguna persona por causas distintas de un accidente? Sí... No...
 En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta. Nº total de defunciones.....
- 2) ¿Existe a bordo o se ha producido durante la travesía internacional algún presunto caso de enfermedad infecciosa? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 3) ¿Ha sido mayor de lo normal/previsto el número total de pasajeros enfermos durante la travesía? Sí... No...
 ¿Cuál es el número de personas enfermas?
- 4) ¿Hay a bordo algún enfermo en el momento actual? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 5) ¿Se consultó a un médico? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles del dictamen médico en la planilla adjunta.
- 6) ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra condición existente a bordo que pueda dar lugar a una infección o a la propagación de una enfermedad? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 7) ¿Se ha adoptado a bordo alguna medida sanitaria (por ejemplo, cuarentena, aislamiento, desinfección o descontaminación)? Sí... No...
 En caso afirmativo, especifique el tipo, el lugar y la fecha.....
- 8) ¿Se han encontrado polizones a bordo? Sí... No... En caso afirmativo, ¿dónde embarcaron (si se tiene esa información)?.....
- 9) ¿Se ha encontrado algún animal/animal de compañía enfermo a bordo? Sí... No...

Nota: En ausencia de un médico, el capitán deberá considerar que los siguientes síntomas son base suficiente para sospechar de la presencia de una enfermedad infecciosa:

- a) fiebre, persistente durante varios días o acompañada de i) postración; ii) disminución del nivel de conciencia; iii) inflamación ganglionar; iv) ictericia; v) tos o disnea; vi) hemorragia inusitada o vii) parálisis;
- b) con o sin fiebre: i) cualquier erupción cutánea o sarpullido agudos; ii) vómitos intensos (no debidos a mareo); iii) diarrea intensa; o iv) convulsiones recurrentes.

Los datos y respuestas que se consignan en la presente Declaración de Sanidad y en la planilla adjunta son, según mi leal saber y entender, exactos y conformes a la verdad.

Firmado.....

Capitán

Refrendado.....

Médico de a bordo (si lo hubiere)

Fecha.....

PLANILLA ADJUNTA AL MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD A
BORDO

Nombre	Clase o grado	Edad	Sexo	Nacionalidad	Puerto y fecha de embarque	Naturaleza de la enfermedad	Fecha de aparición de los síntomas	¿Notificada a un médico de puerto?	Resolución del caso ¹	Medicamentos administrados al paciente	Observaciones

¹ Indique: 1) si el paciente ha recobrado la salud, si todavía sigue enfermo, o si ha fallecido; y 2) si el paciente sigue a bordo, si fue evacuado (dese el nombre del puerto o aeropuerto), o si ha recibido sepultura en alta mar.

ANEXO 9

**ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DE LA DECLARACIÓN GENERAL
DE AERONAVE PROMULGADA POR LA ORGANIZACIÓN
DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL****PARTE SANITARIA DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE AERONAVE¹***Declaración sanitaria*

Nombre y número de asiento o función de las personas a bordo que padecen de una enfermedad distinta del mareo o de los efectos de un accidente, que pueden tener una enfermedad transmisible [la presencia de fiebre (temperatura de 38 °C/100 °F o superior), acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas: indicios evidentes de que no se encuentra bien; tos persistente; dificultad para respirar; diarrea persistente; vómitos persistentes; erupciones cutáneas; hematomas o sangrado sin lesión previa; o confusión de aparición reciente, aumenta la probabilidad de que la persona esté padeciendo una enfermedad transmisible], así como los casos de esa clase de enfermedad desembarcados durante una escala anterior

.....

Detalles relativos a cada desinsectación o tratamiento sanitario (lugar, fecha, hora y método) durante el vuelo. Si no se ha efectuado la desinsectación durante el vuelo, dar detalles de la última desinsectación

.....

.....

Firma, si se exige, con hora y fecha _____

Miembro de la tripulación a quien corresponda

(Novena sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

¹ Esta versión de la Declaración General de Aeronave entró en vigor el 15 de julio de 2007. El documento completo se puede obtener en el sitio web de la Organización de Aviación Civil Internacional: <http://www.icao.int>.

DECISIONES

WHA77(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Albania, Bhután, Eslovaquia, Guinea-Bissau, Haití, Irán (República Islámica del), Kirguistán, Madagascar, Mongolia, Uganda, Uruguay y Vanuatu.

(Primera sesión plenaria, 27 de mayo de 2024)

WHA77(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes siguientes:

Presidencia:	Dr. Edwin Dikoloti (Botswana)
Vicepresidencias:	Dr. Frank C. S. Anthony (Guyana) Dra. Youngmee Jee (República de Corea) Dr. P. G. Mahipala (Sri Lanka) Dra. Ala Nemerenco (República de Moldova) Dr. Ali Haji Adam Abubakar (Somalia)

(Primera sesión plenaria, 27 de mayo de 2024)

WHA77(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A:	Presidencia	Sr. Apurva Chandra (India)
Comisión B:	Presidencia	Dr. Feras Hawari (Jordania)

(Primera sesión plenaria, 27 de mayo de 2024)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores siguientes:

Comisión A:	Vicepresidencia	Sra. Katarzyna Dążek-Laskowska (Polonia) Sr. Alexandre Peña Ghisleni (Brasil)
	Relatoría	Sr. Lombo Emma Tiaho (Burkina Faso)
Comisión B:	Vicepresidencia	Dr. Masami Sakoi (Japón) Sr. James Ngango (Rwanda)
	Relatoría	Sra. Marcela Arias Moncada (Honduras)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B,
27 y 29 de mayo de 2024, respectivamente)

WHA77(4) Establecimiento de la Mesa de la Asamblea

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes como miembros de la Mesa: Bahamas, Bélgica, Bolivia (Estado Plurinacional de), Burundi, China, Cuba, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos de América, Francia, Guinea, Guinea Ecuatorial, Mónaco, Mozambique, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Singapur, Sudán del Sur y Tayikistán

(Primera sesión plenaria, 27 de mayo de 2024)

WHA77(5) Adopción del orden del día

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 154.^a reunión, tras suprimir dos puntos y cuatro subpuntos del orden del día y excluir un punto suplementario.

(Segunda sesión plenaria, 27 de mayo de 2024)

WHA77(6) Verificación de credenciales

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe de la Comisión de Credenciales¹ y aceptó que las credenciales presentadas por los siguientes 188 Estados Miembros y un Miembro Asociado se ajustaban a lo prescrito en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: Albania; Alemania; Andorra; Angola; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Belice; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Chad; Chequia; Chile; China; Chipre; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Dinamarca; Djibouti; Dominica; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Eswatini; Etiopía; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Marshall; Israel; Italia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia; Libia; Lituania; Luxemburgo; Macedonia del Norte; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mónaco; Mongolia; Montenegro; Mozambique; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelanda; Omán; Países Bajos (Reino de los); Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República de Corea; República de Moldova; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rumanía; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Suecia; Suiza; Suriname; Tailandia; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Türkiye; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

Miembro Asociado

Islas Feroe.

(Sexta sesión plenaria, 29 de mayo de 2024)

¹ Documento A77/46.

WHA77(7) Elección de Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los delegados de los siguientes países como Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo: Brunei Darussalam, Bulgaria, Chile, Costa Rica, Israel, Líbano, Noruega, Polonia, República de Corea, Somalia, Tailandia y Zimbabwe.

(Séptima sesión plenaria, 31 de mayo de 2024)

WHA77(8) Elaboración de una estrategia y un plan de acción mundiales para la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias, 2026-2035¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General² y recordando la resolución WHA76.2 (2023), titulada «Integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias»,

Decidió pedir al Director General que tuviera a bien:

- 1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros, los organismos especializados pertinentes de las Naciones Unidas —así como con la sociedad civil, las instituciones académicas y otras partes interesadas, en consonancia con el Marco de la OMS para la Colaboración con Agentes No Estatales— una estrategia mundial para la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias a fin de ayudar a aplicar la resolución WHA76.2 en el periodo 2026-2035, para su examen por la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión;
- 2) traducir la estrategia mundial en un plan de acción con metas que se deban alcanzar de aquí a 2035.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(9) Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Decidió adoptar el Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones que recoge el anexo 3.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

² Documento A77/4.

WHA77(10) Examen Universal de la Salud y la Preparación¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Decidió:

- 1) tomar nota de los informes presentados por el Iraq,³ Portugal,⁴ la República Centroafricana,⁵ Sierra Leona⁶ y Tailandia⁷ durante la fase piloto voluntaria del Examen Universal de la Salud y la Preparación, incluido el proceso piloto voluntario de examen mundial por pares⁸ que se prevé realizar;
- 2) pedir al Director General que, en consulta con los Estados Miembros, siga desarrollando la fase piloto voluntaria del Examen Universal de la Salud y la Preparación, incluido el examen mundial piloto voluntario por pares de conformidad con el informe presentado a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁹ y las observaciones de los Estados Miembros, sin perjuicio de los procesos del Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y del Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), aprovechando los mecanismos existentes en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en apoyo de él de manera complementaria y sin duplicar las modalidades y los instrumentos y procesos de evaluación existentes utilizados por los Estados Miembros, a saber, los previstos en el marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional;
- 3) pedir al Director General que informe a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 156.^a reunión, de las lecciones aprendidas, las repercusiones, los beneficios, los desafíos y las opciones para los próximos pasos.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

² Documento A77/4.

³ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Iraq. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)--national-report-of-the-republic-of-iraq](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)--national-report-of-the-republic-of-iraq)), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁴ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Portugal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)--national-report-of-portugal](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)--national-report-of-portugal)), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁵ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Central African Republic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review--\(uhpr\)--national-report-of-central-african-republic](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review--(uhpr)--national-report-of-central-african-republic)), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁶ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Sierra Leone. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review--\(uhpr\)--national-report-of-sierra-leone](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review--(uhpr)--national-report-of-sierra-leone)), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁷ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Thailand. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)-2022--thailand](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)-2022--thailand)), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁸ Universal Health and Preparedness Review (<https://www.who.int/emergencies/operations/universal-health---preparedness-review>), consultado el 18 de diciembre de 2023.

⁹ Documento A75/21.

WHA77(11) Informe sobre los resultados de 2023 (presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el Informe sobre los resultados de 2023 (presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño)¹ y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023² y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,³

Decidió aceptar el Informe sobre los resultados de 2023 (presupuesto por programas 2022-2023: evaluación del desempeño) y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2023.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(12) Informe del Comisario de Cuentas

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud⁴ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁵

Decidió aceptar el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(13) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró al Sr. Thomas Ifland, de la delegación de Alemania, como suplente en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un periodo de tres años hasta la clausura de la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2027.

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró a la Dra. Kezia Lorraine H. Rosario, de la delegación de Filipinas, como suplente en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un periodo de tres años hasta la clausura de la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2027.

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Sr. Theophile Dushime, de la delegación de Rwanda, el suplente más antiguo, por el tiempo que resta de su mandato, esto es, hasta la clausura de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2025.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

¹ Documento A77/19.

² Documento A77/20.

³ Documento A77/36.

⁴ Documento A77/22.

⁵ Documento A77/39.

WHA77(14) Actualización sobre el Fondo para Infraestructura¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General² y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,³

Decidió aprobar la utilización del componente de bienes inmuebles del Fondo para Infraestructura para la reconstrucción de la Oficina de la OMS en Kabul y la construcción de una nueva oficina de la OMS en Yuba.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(15) Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre un proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS,⁴

Decidió aplazar el examen de este punto a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2025, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 156.^a reunión.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(16) Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,⁵

Decidió pedir al Director General que siguiera informando hasta 2030 a la Asamblea de la Salud sobre las actividades de la OMS dirigidas a fortalecer los servicios de salud integrados y centrados en la persona, en el marco de la presentación bienal de informes sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA72.2 (2019) sobre atención primaria de salud.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

² Documento A77/29.

³ Documento A77/44.

⁴ Documento A77/27 Rev.1.

⁵ Documento A77/32.

WHA77(17) Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General solicitado en la decisión WHA76(8) (2023) sobre la aplicación de la resolución WHA75.11 (2022);² recordando además la decisión contenida en la resolución WHA75.11 de que la continuación de las acciones por la Federación de Rusia en detrimento de la situación sanitaria en Ucrania, en los planos regional y mundial, exigiría que la Asamblea de la Salud examinara la aplicación de los artículos pertinentes de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; reconociendo los desafíos sin precedentes resultantes de la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania; reconociendo además la labor en curso de la OMS, sus asociados en la ejecución y otras organizaciones humanitarias para abordar las repercusiones sanitarias y humanitarias de la agresión de la Federación de Rusia en Ucrania y en la región en general; y haciendo notar la adopción por la OMS de la estrategia de cooperación en el país, Ucrania 2024-2030, en la que se expone el compromiso de la OMS de apoyar a Ucrania en sus esfuerzos por reformar el sistema de salud, poniendo de relieve la necesidad de invertir en infraestructuras de atención de la salud, el desarrollo del personal y la aplicación de reformas,

Decidió:

- 1) condenar en los términos más enérgicos la agresión continuada de la Federación de Rusia contra Ucrania, en particular los ataques perpetrados contra establecimientos de salud que han sido documentados a través del Sistema OMS de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria, así como los ataques generalizados que afectan a civiles e infraestructuras civiles críticas que han causado numerosas víctimas y han obstaculizado el acceso a la atención de salud;
- 2) expresar su profunda preocupación por la persistente emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, en particular por sus efectos negativos en la salud mental y el bienestar psicosocial de la población de Ucrania, desencadenada por la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania, así como por las repercusiones sanitarias y humanitarias que trascienden la esfera regional, entre ellas el número significativo de refugiados que huyen de Ucrania; los riesgos de eventos y peligros radiológicos, biológicos y químicos; y el agravamiento de la ya considerable crisis mundial de seguridad alimentaria;
- 3) llamar la atención sobre el hecho de que la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania constituye una circunstancia excepcional que provoca un grave impedimento para la salud de la población de Ucrania, además de tener repercusiones sanitarias a nivel regional y más allá de la esfera regional;
- 4) llamar la atención también sobre los efectos graves y multifacéticos de la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania en las personas en situación de vulnerabilidad o marginación, en especial las mujeres, los niños, los jóvenes, los desplazados internos, las personas con discapacidad, las personas mayores y los supervivientes de todas las formas de violencia, incluida la violencia de género, los excombatientes, los prisioneros de guerra y los civiles detenidos;
- 5) pedir que se respete y se proteja a los enfermos y los heridos en consonancia con los Convenios de Ginebra de 1949 y el derecho humanitario internacional ampliamente aceptado, en particular en lo que respecta a la repatriación inmediata e incondicional de todos los prisioneros de

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

² Documento A77/13.

guerra gravemente heridos y enfermos, así como la liberación y repatriación de los civiles detenidos heridos y enfermos;

6) instar a la Federación de Rusia a que ponga fin de inmediato a todos los ataques contra infraestructuras críticas en Ucrania, entre ellas hospitales y otros establecimientos de salud, que han provocado la reducción del acceso a servicios esenciales como la prestación de atención de salud, el agua, el saneamiento y la energía, lo que ha tenido consecuencias devastadoras para la población civil, y a que respete y proteja plenamente a todo el personal médico y personal humanitario dedicado a tareas médicas, sus medios de transporte y sus equipos, así como a los enfermos y heridos, los civiles, los trabajadores de la salud y de ayuda humanitaria y los sistemas de salud;

7) instar a los Estados Miembros pertinentes a que se adhieran al derecho internacional humanitario y de los derechos humanos, según proceda, y a las normas y criterios de la OMS, y también a que permitan y faciliten que el personal desplegado por la OMS sobre el terreno y todo otro personal médico y humanitario tenga un acceso seguro, rápido y sin trabas a las poblaciones que necesiten asistencia;

8) pedir al Director General que:

a) siga aplicando la resolución WHA75.11, titulada «Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia»;

b) presente a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 156.^a reunión, un informe sobre la aplicación de la resolución WHA75.11, incluida una evaluación de los efectos directos e indirectos de la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania en la salud de la población de Ucrania, así como de las repercusiones conexas para la salud a nivel regional y más allá de la esfera regional, incluido su efecto adverso en el cumplimiento del objetivo y las funciones de la OMS.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(18) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota del informe del Director General cuya presentación se pide en la decisión WHA76(12) (2023),²

Decidió pedir al Director General que tenga a bien:

1) informar a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, basándose en el seguimiento y la evaluación sobre el terreno realizados por la OMS, acerca de los progresos realizados para aplicar las recomendaciones contenidas en el informe del Director General sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, teniendo en cuenta la obligación jurídica de la potencia ocupante;

2) informar, basándose en el seguimiento y la evaluación sobre el terreno realizados por los equipos de emergencia de la OMS, sobre las repercusiones para la salud pública de la catastrófica crisis humanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, en particular con

¹ Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

² Documento A77/18.

respecto a los actos de violencia contra los heridos y los enfermos, el personal médico y el personal humanitario que desempeñan funciones exclusivamente médicas, sus medios de transporte y sus equipos, y presentar recomendaciones al respecto a la 156.^a reunión del Consejo Ejecutivo, a la quinta reunión del Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias y a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, teniendo presentes las obligaciones jurídicas de la potencia ocupante;

3) informar sobre la malnutrición resultante de las alteraciones en la asimilación de nutrientes, caracterizada por infecciones recurrentes e inflamación crónica, lo que indica una anomalía inmunitaria subyacente, teniendo en cuenta que, en el enclave ocupado de la Franja de Gaza, esto es el resultado de la práctica de hacer padecer hambre a la población civil y de sus consecuencias directas, e instando a la potencia ocupante a proteger la infraestructura civil, indispensable para la entrega de ayuda humanitaria, y garantizar el buen funcionamiento de los sistemas y los mercados de alimentación durante las operaciones militares en curso de la potencia ocupante;

4) informar sobre el vínculo existente entre la inseguridad alimentaria y la amenaza de hambruna, y exhortar a la potencia ocupante a que cumpla las obligaciones que le incumben en virtud del derecho internacional humanitario en relación con el respeto y la protección de los civiles y el mantenimiento de un celo permanente por proteger los bienes de carácter civil, entre ellos los necesarios para la producción y distribución de alimentos, como las explotaciones agropecuarias, los mercados, los sistemas de abastecimiento de agua, los molinos, los lugares donde se procesan y almacenan alimentos y los centros y medios de transporte de alimentos, y a que se abstenga de atacar, destruir, sustraer o inutilizar los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil, tales como los artículos alimentarios, las cosechas, el ganado, los bienes agrícolas, las instalaciones y reservas de agua potable, y las obras de riego, y respete y proteja al personal y los envíos humanitarios utilizados en las operaciones de socorro de este tipo;

5) informar sobre la interconexión entre el sector de la salud y otros sectores —como el del agua y el saneamiento y el de la nutrición—, el intenso hacinamiento de la población civil que ha sido desplazada internamente por la fuerza en refugios en los que las condiciones de salud se ven perturbadas y la necesidad de adoptar un enfoque integral de la asistencia humanitaria, y recalando que las dificultades en curso en el enclave ocupado de la Franja de Gaza, en particular las restricciones a la circulación de mercancías, pueden tener consecuencias en la disponibilidad de alimentos, lo que contribuiría a la malnutrición, al tiempo que la disponibilidad limitada de agua no contaminada incrementa el riesgo de brotes y epidemias, y recalando que el acceso a alimentos, agua no contaminada e instalaciones de saneamiento es crucial para mantener la salud pública;

6) apoyar al sector de la salud de Palestina adoptando un enfoque orientado a fortalecer el sistema de salud, en particular por medio de programas de creación de capacidad a través de la mejora de la infraestructura básica, los recursos humanos y técnicos y la provisión de establecimientos de salud, y garantizando la accesibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de atención de salud necesarios para enfrentar y superar los problemas estructurales derivados de la ocupación prolongada, la destrucción arbitraria del sistema de salud de Palestina y el desplazamiento forzado de civiles, así como elaborando planes estratégicos de inversión que permitan desarrollar a nivel local capacidades específicas de diagnóstico y tratamiento;

7) informar sobre la destrucción arbitraria de establecimientos de salud, incluso de hospitales y ambulancias, y sobre la catastrófica situación humanitaria que se ha infligido al sistema de salud pública en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

8) exhortar a la potencia ocupante a cumplir las obligaciones que le incumben en virtud del derecho internacional, incluido el derecho internacional humanitario, para garantizar, en toda la medida de los medios de que disponga, el suministro y la reposición de medicamentos y material

médico para la población civil, y pedir que se deje pasar de forma segura y continua combustible, suministros de salud y asistencia humanitaria adicional;

9) evaluar, en plena colaboración con el UNRWA, el UNICEF y los organismos pertinentes de las Naciones Unidas que trabajan en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, la amplitud y el carácter de la morbilidad psiquiátrica, así como otras necesidades y dificultades en materia de salud mental y apoyo psicosocial resultantes de los prolongados bombardeos aéreos y de otro tipo sobre la población del territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, especialmente entre los niños y los adolescentes;

10) seguir reforzando las alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas, como el UNRWA, y con los asociados que trabajan en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, a fin de mejorar las capacidades de respuesta humanitaria en lo concerniente a la salud, mediante la prestación de protección y asistencia de emergencia, de manera integradora y sostenida, antes, durante y después de las operaciones militares aéreas, marítimas y terrestres de la potencia ocupante y las complejas emergencias humanitarias;

11) garantizar el acceso oportuno a la atención traumatológica especializada, ya que es un elemento vital en la evolución de los pacientes después de una lesión grave y crítica que requiere las competencias de los equipos de traumatología para evitar amputaciones, discapacidades permanentes y muertes que se pueden prevenir;

12) seguir reforzando las alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas, como el UNRWA y el UNICEF, y con los asociados que trabajan en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, a fin de mejorar las capacidades de respuesta de salud, inventariando y representando de forma amplia y exhaustiva la capacidad del sistema de salud para responder a las emergencias sanitarias de manera suficiente y adecuada, incluso en materia de preparación y respuesta;

13) garantizar el acceso sostenible a los productos relacionados con la salud, en particular para las mujeres y las niñas, en la escala necesaria para dar plena respuesta a sus necesidades en materia de atención de salud, dignidad, privacidad e higiene en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, teniendo en cuenta las grandes limitaciones para disponer de productos de higiene menstrual en el enclave ocupado de la Franja de Gaza, que son más graves si cabe en el caso de las mujeres y las niñas con discapacidad, que ya encuentran serios problemas en materia de acceso;

14) velar por la adquisición sostenible de vacunas y medicamentos precalificados por la OMS y de material médico y garantizar un acceso sin trabas a productos relacionados con la salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, de conformidad con el derecho internacional humanitario y de las normas y criterios de la OMS;

15) garantizar el acceso sin discriminación, asequible y equitativo a contramedidas médicas como vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas a fin de proteger a la población ocupada que vive en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, de conformidad con el derecho internacional y de las normas y criterios de la OMS;

16) velar por que se permita pasar de modo sostenido, ordenado, irrestricto, seguro y sin trabas al personal médico y el personal humanitario que desempeñan funciones exclusivamente médicas, además de sus equipos, medios de transporte y suministros, incluido el material quirúrgico, para que puedan atender a todos los pacientes palestinos en situación de necesidad, de conformidad con el derecho internacional humanitario, y hacer un llamamiento para que se permita pasar a las ambulancias y las evacuaciones médicas de pacientes lesionados y enfermos en estado crítico y al personal médico a las instituciones de salud palestinas situadas en la Jerusalén oriental ocupada y en otros lugares;

- 17) determinar las repercusiones de los obstáculos al acceso a la atención de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, de resultas de la ocupación de larga data y la guerra en curso, las restricciones a la circulación de bienes y personas y la fragmentación territorial, así como los progresos realizados para aplicar las recomendaciones contenidas en los informes de la OMS acerca del territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;
- 18) velar por el respeto y la protección de las personas heridas y enfermas, los trabajadores de la salud y de asistencia humanitaria, los sistemas de atención de la salud, todo el personal médico y humanitario que desempeña funciones exclusivamente médicas, sus medios de transporte y equipos, así como los hospitales y otros establecimientos médicos, en cumplimiento de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales;
- 19) fortalecer y seguir prestando la asistencia técnica y material necesaria en materia de salud a fin de dar respuesta a las necesidades de salud del pueblo palestino, incluidos los prisioneros y los detenidos, en cooperación con los esfuerzos que lleva a cabo el Comité Internacional de la Cruz Roja, así como a las necesidades de salud de las personas con discapacidad y lesionadas, dar un trato humano a todas las personas privadas de libertad o cualquier otra forma de privación de libertad, como la desaparición forzada, y velar por su acceso a tratamiento médico, de conformidad con el derecho internacional humanitario, incluidos los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales;
- 20) seguir reforzando la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y asociados en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, a fin de mejorar las capacidades de respuesta humanitaria en lo concerniente a la salud, mediante la prestación de ayuda y protección de manera integradora y sostenida, antes, durante y después de la crisis ocasionada por la pandemia;
- 21) informar, basándose en las evaluaciones sobre el terreno realizadas por la OMS, acerca de la situación sanitaria de los grupos sirios de población en el Golán sirio ocupado, incluidos los prisioneros y detenidos, garantizar su acceso adecuado a la salud mental, física y ambiental, e informar sobre los modos y los medios de proporcionarles asistencia técnica en materia de salud;
- 22) respaldar el restablecimiento del sector de la salud y el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, mediante un enfoque centrado en el desarrollo de los recursos humanos, con el fin de localizar los servicios de salud, reducir las derivaciones y los costos, reforzar la prestación de servicios de salud mental y mantener una atención primaria de salud sólida que incluya servicios de salud completos, integrados y apropiados;
- 23) celebrar con carácter urgente una conferencia para donantes, antes de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, con el fin de financiar las necesidades inmediatas en materia de salud, así como el restablecimiento y la reconstrucción del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y hacer un llamamiento a los Estados Miembros, los donantes y los agentes humanitarios y de la esfera del desarrollo para que presten asistencia humanitaria al pueblo palestino;
- 24) exhortar a la comunidad internacional a garantizar financiación suficiente para apoyar las necesidades inmediatas y futuras de los programas de salud de la OMS en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y para reconstruir el sistema de salud palestino, en plena cooperación con la OMS y los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, como el UNRWA y sus asociados;
- 25) garantizar la asignación de recursos humanos y financieros a fin de alcanzar con carácter de urgencia estos objetivos;

26) pedir la liberación inmediata e incondicional de todos los rehenes retenidos en la Franja de Gaza, entre ellos niños, mujeres y personas mayores, y condenar el uso, por parte de grupos armados, de establecimientos de salud, incluso de hospitales y ambulancias, que pone en peligro a la población civil;

27) condenar los ataques indiscriminados contra instalaciones médicas y humanitarias utilizadas exclusivamente con fines humanitarios, así como contra personal médico, por la potencia ocupante, en contravención del derecho internacional;

28) recordar las medidas provisionales ordenadas por la Corte Internacional de Justicia, en las que se ordenó a Israel que adoptara todas las medidas necesarias y eficaces para garantizar, sin demora y en plena cooperación con las Naciones Unidas, que todos los interesados presten sin trabas y en la medida adecuada los servicios básicos y la asistencia humanitaria que se necesitan con urgencia, lo que incluye alimentos, agua, electricidad, combustible, alojamiento, ropa y requisitos de higiene y saneamiento, así como atención y suministros médicos a los palestinos en toda la Franja de Gaza, en particular aumentando la capacidad y el número de pasos terrestres y manteniéndolos abiertos durante el tiempo que sea necesario.

29) recordar además las medidas provisionales ordenadas por la Corte Internacional de Justicia, en las que el tribunal recordó que la operación militar llevada a cabo por Israel tras el 7 de octubre de 2023 ha provocado, entre otras cosas, decenas de miles de muertos y heridos y la destrucción de viviendas, escuelas, instalaciones médicas y otras infraestructuras vitales, así como desplazamientos a gran escala.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(19) Propuesta de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,¹

Decidió aplazar el examen de la propuesta de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos hasta la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2025.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

WHA77(20) Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias²

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General,³ recordando la decisión SSA2(5) (2021), titulada «El mundo unido: establecimiento de un órgano de negociación intergubernamental para fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias», por la que se estableció el Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional

¹ Documento A77/30.

² Véanse en el anexo 4 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

³ Documento A77/10.

de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias (en adelante «el Órgano de Negociación Intergubernamental») con miras a su adopción en virtud del Artículo 19 o de otras disposiciones de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; recordando que, en su segunda reunión, el Órgano de Negociación Intergubernamental acordó que el instrumento debería ser jurídicamente vinculante y contener tanto elementos jurídicamente vinculantes como no vinculantes, y determinó que el Artículo 19 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud es la disposición general en virtud de la cual se debería adoptar el instrumento, sin perjuicio de considerar también, a medida que avanzaran los trabajos, la idoneidad del Artículo 21; reconociendo que el Órgano de Negociación Intergubernamental ha logrado avances y ha alcanzado un acuerdo inicial sobre muchas disposiciones de la propuesta de Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, y que es necesario seguir trabajando en los elementos restantes; tomando nota del informe del Director General² y expresando su reconocimiento por la labor del Órgano de Negociación Intergubernamental y de su Mesa; reafirmando el pleno compromiso de los Estados Miembros de adoptar medidas para prevenir, prepararse y responder frente a las pandemias, guiados por la equidad y la solidaridad,

Decidió:

- 1) prorrogar el mandato del Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias con miras a que finalice su labor lo antes posible y presente el resultado de la misma para su consideración en la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025, o antes, en una reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud, si es posible en 2024, con un solo punto del orden del día dedicado a este resultado;
- 2) que, de cara a su labor futura, el Órgano de Negociación Intergubernamental permita la rotación de la Mesa, según proceda y si se acuerda dentro de cada Región;
- 3) que la próxima reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental se celebre en julio de 2024, en formato híbrido y con servicios de interpretación, y que la Secretaría confirme las fechas lo antes posible, con el fin de examinar y acordar su plan de trabajo y calendario de la reunión y considerar, según proceda, la posibilidad de actualizar el método de trabajo del Órgano de Negociación Intergubernamental, de conformidad con la presente decisión y la decisión SSA2(5) (2021);
- 4) solicitar al Director General que continúe proporcionando apoyo al Órgano de Negociación Intergubernamental, en particular proporcionándole los servicios y medios necesarios para el desempeño de su labor, incluida una información y un asesoramiento completos, pertinentes y oportunos.

(Octava sesión plenaria, 1 de junio de 2024)

ANEXOS

ANEXO 1

Prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, 2025-2035¹

[A77/5 11 de abril de 2024]

[En los párrafos 1–13 se presenta información de fondo sobre la elaboración de las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas en el sector de la salud humana, 2025–2035.]

ALCANCE Y PRINCIPIOS RECTORES

14. Con estas prioridades estratégicas y operacionales se procura orientar las actividades destinadas a abordar las causas y las consecuencias de las infecciones farmacorresistentes para las personas, las comunidades y los sistemas de salud. Esto representa un cambio, de un enfoque centrado en los patógenos, a otro basado en los sistemas de salud.

15. Las prioridades se centran en las infecciones bacterianas farmacorresistentes. Sin embargo, también se consideran otras infecciones, entre ellas las infecciones víricas y micóticas, por cuanto pueden dar lugar al uso inadecuado de los antibióticos. La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), por ejemplo, contribuyó al aumento de la resistencia a los antimicrobianos. A medida que surjan nuevas pruebas sobre la magnitud y el impacto en la salud pública de las infecciones fúngicas farmacorresistentes² se podrá actualizar el alcance de las prioridades.

16. Dado que la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos requiere un enfoque de salud pública transversal, las prioridades tienen vínculos cruciales con las resoluciones de la Asamblea de la Salud y las estrategias y planes mundiales relativos a, *inter alia*, prevención y control de las infecciones; agua, saneamiento e higiene; vacunación; salud materno-infantil; mejoramiento de los medios diagnósticos y de laboratorio; atención primaria de salud; cobertura sanitaria universal; preparación y respuesta frente a emergencias; personal de salud; y estrategias específicas para determinadas enfermedades, entre ellas las relativas a VIH, tuberculosis, paludismo e infecciones de transmisión sexual.

17. Las prioridades operacionales comprenden: *i*) la aplicación a nivel nacional del enfoque centrado en la persona para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en el ámbito de la salud humana, así como el conjunto básico de intervenciones de la OMS que acompaña a ese enfoque con el fin de apoyar los planes de acción nacionales, *ii*) la adopción de medidas adicionales de alcance nacional y mundial en materia de gobernanza y financiación, y *iii*) la adopción de medidas de apoyo a los Estados Miembros. El enfoque centrado en la persona se desarrolló mediante un amplio examen de las pruebas, en particular los datos de las encuestas de autoevaluación nacionales de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos realizadas en más de 170 países, así como del Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y de su Uso (GLASS). Además, el enfoque se basó en la retroinformación proporcionada tras una consulta mundial con los Estados Miembros y otras partes interesadas,

¹ Véase la resolución A77.6.

² Véase, por ejemplo, WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363682>), consultado el 13 de febrero de 2024.

y en la opinión de expertos, incluidas las aportaciones del Grupo Consultivo Estratégico y Técnico de la OMS sobre la Resistencia a los Antimicrobianos.

18. En el presente documento, los principios rectores incluyen, entre otros elementos, el acceso, la equidad, la eficiencia, la adaptabilidad, la sostenibilidad y la rendición de cuentas; la satisfacción de las necesidades comunes y específicas en todos los niveles de ingreso; la integración de las medidas prioritarias en todos los niveles de los sistemas de salud; la inclusión, tanto para atender las necesidades de los grupos marginados o vulnerables como para reconocer las contribuciones de diversas partes interesadas, por ejemplo, la sociedad civil y el sector privado; y la solidaridad para hacer frente a una amenaza mundial, en particular el papel que deben desempeñar los países más prósperos.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

19. Las tres primeras prioridades estratégicas: prevención de infecciones; acceso universal a medios diagnósticos asequibles y de calidad y a un tratamiento adecuado; e información, ciencia e innovación estratégicas, representan elementos interdependientes de un enfoque integral de salud pública destinado a lograr un efecto sostenido en la desaceleración de la aparición y propagación de infecciones bacterianas farmacorresistentes y en la preservación de la eficacia de los antibióticos. La prioridad relativa a gobernanza y financiación eficaces refuerza las funciones transversales e instrumentales de esas tres primeras prioridades, que incluyen los elementos de liderazgo, gobernanza, financiación, reglamentación, rendición de cuentas, promoción, educación, concienciación y cambio de comportamiento entre los profesionales de la salud y las comunidades.

20. **Prevención de las infecciones**^b El objetivo de esta prioridad consiste en reducir todas las infecciones que puedan dar lugar al uso de antibióticos. La prevención tiene un impacto de salud pública directo en lo que respecta a morbilidad y mortalidad, y permitirá reducir la aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos. Ello exige la aplicación acelerada de medidas relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene, tanto en los centros de salud como en las comunidades; la prevención y el control de infecciones y la seguridad del paciente; y la vacunación.

21. **Acceso universal asequible y de calidad a medios diagnósticos y al tratamiento adecuado de las infecciones.** A fin de reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por las infecciones y, al mismo tiempo, reducir el uso inadecuado de antibióticos, las personas deben tener acceso a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento adecuado de las infecciones susceptibles y farmacorresistentes en todos los niveles del sistema de salud. En el contexto de los esfuerzos generales por fortalecer los sistemas de salud y ampliar el acceso a los servicios de salud mediante el enfoque basado en la atención primaria de salud y, al mismo tiempo, reducir las dificultades financieras, esta prioridad requiere la integración de intervenciones específicas, en particular en lo concerniente a diagnóstico y gestión óptima de los antibióticos sobre la base de la clasificación AWARE de antibióticos (acceso, precaución y último recurso) y el libro de antibióticos AWARE de la OMS. Esto incluye la necesidad de asegurar el acceso equitativo desde una perspectiva de género y satisfacer las necesidades específicas de grupos vulnerables, entre ellos los migrantes y los refugiados, así como concienciar y educar a los trabajadores de la salud y el público.

22. **Información, ciencia e innovación estratégicas.** Con el fin de orientar y respaldar la respuesta a la resistencia a los antimicrobianos mediante la disponibilidad de pruebas, políticas y productos clave es preciso subsanar deficiencias cruciales en materia de información y pruebas, sobre todo en los países de ingreso mediano y bajo, y adoptar medidas para cubrir brechas críticas en las esferas concernientes a investigación y desarrollo y acceso a los antibióticos, los medios de diagnóstico y las vacunas. Por lo tanto, esta prioridad incluye el fortalecimiento y la mejora de la vigilancia del consumo de antimicrobianos y de la resistencia a los antimicrobianos, en particular mediante encuestas nacionales sobre prevalencia de la resistencia a los antimicrobianos; el apoyo a la generación de pruebas y los programas mundiales y nacionales de investigación prioritarios destinados a fundamentar la formulación de políticas; las

medidas integrales orientadas a promover un aumento de las actividades de investigación y desarrollo relativas a vacunas, medios diagnósticos y antibióticos (y alternativas), con especial hincapié en las máximas necesidades de salud pública; la introducción de innovaciones programáticas tales como la vigilancia genómica, el diagnóstico en el lugar donde se presta la atención de salud y las soluciones de salud digital; y mecanismos regionales y mundiales que permitan superar las dificultades relativas a tramitación, producción, distribución y acceso.

23. Gobernanza y financiación eficaces de la respuesta del sector de la salud humana a la resistencia a los antimicrobianos. Esta prioridad es crucial para avanzar en las otras tres prioridades estratégicas. Se centra en garantizar el liderazgo y los recursos para aplicar eficiente y eficazmente los elementos de los planes de acción nacionales multisectoriales sobre resistencia a los antimicrobianos en el sector de la salud humana, e integrar las prioridades y actividades relativas a la resistencia a los antimicrobianos en la planificación y la financiación generales del sector de la salud, especialmente en las estrategias de atención primaria de salud, cobertura sanitaria universal y preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias. Además, esto debe complementar otras actividades de concienciación y educación y garantizar un enfoque inclusivo que reconozca las contribuciones y necesidades de las diversas partes interesadas de los sectores público y privado, la sociedad civil, el personal sanitario y asistencial y las comunidades, y les proporcione un marco propicio.

PRIORIDADES OPERACIONALES

Enfoque centrado en la persona y conjunto básico de intervenciones en los países

24. En lo relativo a la resistencia a los antimicrobianos, el enfoque centrado en la persona resume las medidas necesarias que deben adoptar los países para reflejar en la práctica las cuatro prioridades estratégicas. Con ello se hace hincapié en un enfoque programático integrado que abarque todos los niveles del sistema de salud y esté armonizado con las estrategias relativas a atención primaria de salud, cobertura universal de salud y preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias.

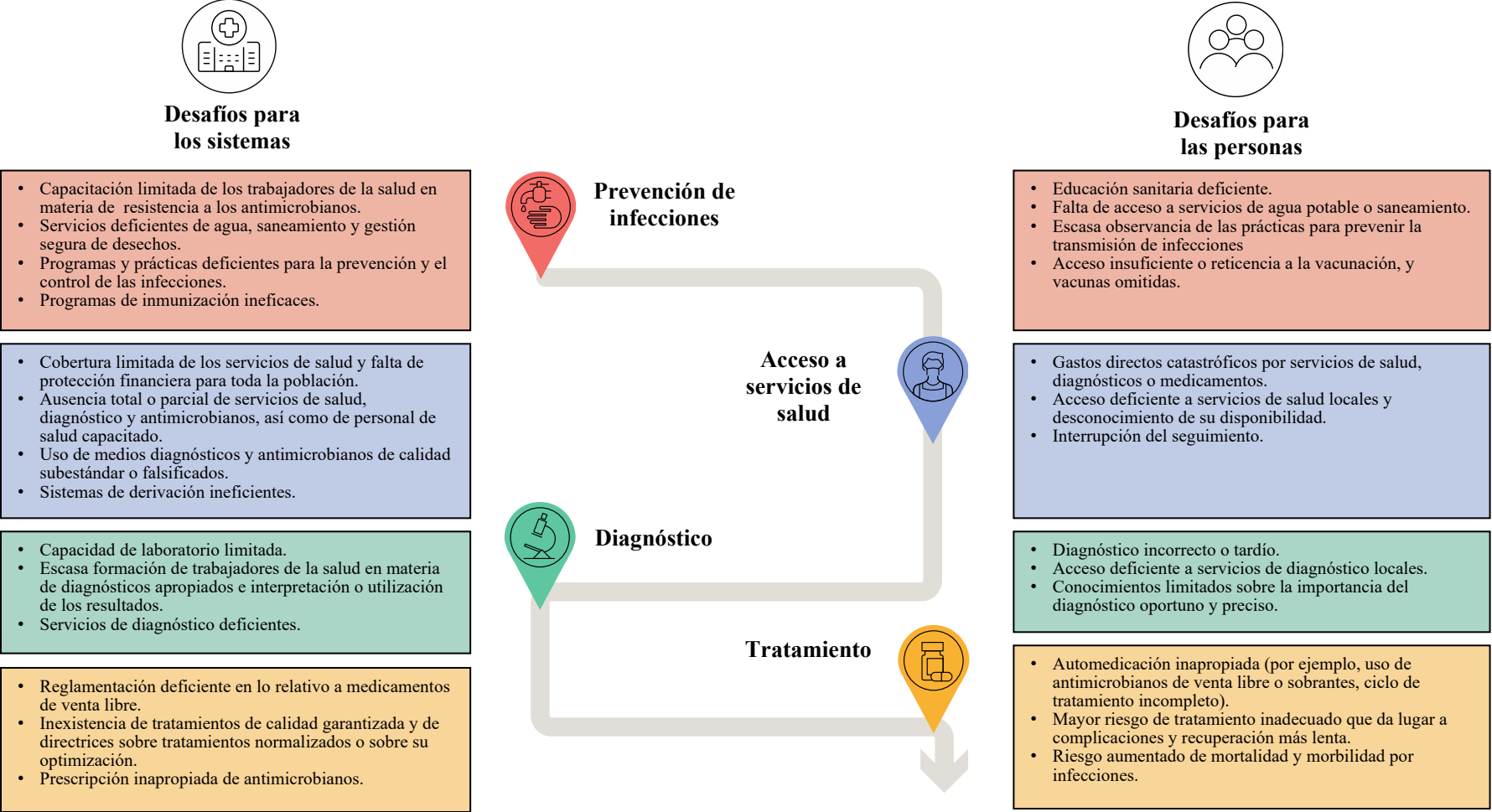
25. Este enfoque pone a la persona en el centro de las intervenciones contra la resistencia a los antimicrobianos, sobre la base de un análisis de las causas profundas de las dificultades que deben afrontar los sistemas y las personas (figura 1).¹ Además, presta especial atención a la participación integradora de las comunidades, los trabajadores sanitarios y asistenciales, la sociedad civil, los círculos académicos y las partes interesadas de los sectores público y privado.

26. En relación con la resistencia a los antimicrobianos, el enfoque centrado en la persona y su conjunto de intervenciones básicas incluyen cuatro pilares programáticos, además de la información estratégica y la gobernanza eficaz como fundamentos esenciales (cuadro 1). En la elaboración o revisión de sus planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos, los países pueden utilizar el conjunto de intervenciones para identificar deficiencias, fundamentar las prioridades en los diferentes niveles del sistema de salud y orientar la integración de las intervenciones en los planes y estrategias nacionales del sector sanitario.

27. Los pilares y las intervenciones básicas del enfoque constituyen las prioridades operacionales propuestas para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en los países. La plena aplicación de este enfoque desacelerará la aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos y reducirá la morbilidad y la mortalidad conexas, así como el impacto socioeconómico en general.

¹ People-centred approach to addressing antimicrobial resistance in human health: WHO core package of interventions to support national action plans. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373458>), consultado el 1 de diciembre de 2023.

Figura 1. Desafíos planteados por los antimicrobianos para los sistemas y las personas



Cuadro 1. Prioridades estratégicas y enfoque centrado en la persona con respecto a la resistencia a los antimicrobianos

Prioridades estratégicas	Pilares/bases del enfoque centrado en la persona	Intervenciones básicas
Prevención	Prevención	• Acceso universal a servicios de agua, saneamiento e higiene, y gestión de desechos. • Implementación de componentes básicos para la prevención y el control de las infecciones. • Acceso a las vacunas e inmunización ampliada.
Acceso universal	Acceso a servicios de salud esenciales	• Disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud para el diagnóstico y la gestión de la resistencia a los antimicrobianos. • Suministro ininterrumpido de antimicrobianos y productos de salud esenciales y de calidad para frenar la resistencia a los antimicrobianos.
	Diagnóstico oportuno y preciso	• Sistemas de laboratorio de buena calidad y optimización de los medios de diagnóstico para realizar pruebas clínicas bacteriológicas (y micológicas).
	Tratamiento adecuado y de calidad garantizada	• Directrices y programas de tratamiento actualizados y basados en pruebas para optimizar el uso de los antimicrobianos. • Reglamentación para restringir la venta de antimicrobianos sin receta.
Información, ciencia e innovación estratégicas	Bases de la información estratégica	• Red nacional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para generar datos de calidad destinados a la atención de los pacientes y la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. • Vigilancia del consumo y el uso de antimicrobianos para orientar la atención a los pacientes y las medidas contra la resistencia a los antimicrobianos. • Investigación e innovación sobre la resistencia a los antimicrobianos, con inclusión de estudios sobre su aplicación y comportamiento.
Gobernanza y financiación	Bases de la gobernanza eficaz	• Promoción activa, gobernanza y rendición de cuentas en relación con la resistencia a los antimicrobianos en el sector de la salud humana, en colaboración con otros sectores. • Sensibilización, formación y cambio comportamental de los trabajadores de la salud y las comunidades en lo concerniente a la resistencia a los antimicrobianos.

Otras medidas nacionales y mundiales en materia de gobernanza y financiación

28. Los Estados Miembros son los principales responsables de elaborar, presupuestar, financiar, aplicar y supervisar sus planes de acción nacionales contra la resistencia a los antimicrobianos. Además de las bases de la gobernanza eficaz, el enfoque centrado en la persona requiere el compromiso, el liderazgo y la rendición de cuentas de los máximos niveles del gobierno, tanto para abordar la resistencia a los antimicrobianos mediante el enfoque de «Una sola salud» como para defender y promover las prioridades específicas del sector de la salud humana detalladas en el presente informe. Por ejemplo, en algunos países, la responsabilidad de la coordinación de la resistencia a los antimicrobianos incumbe a un comité ministerial a nivel de gabinete o a la oficina del vicepresidente o primer ministro.

29. Reconociendo las consecuencias socioeconómicas y de salud pública derivadas de la resistencia a los antimicrobianos, así como la actual falta de presupuestos nacionales específicos ejecutar los planes

de acción nacionales en casi todos los países y el número creciente de pruebas que respaldan argumentos económicos convincentes en favor de la inversión para afrontar la resistencia a los antimicrobianos, se alienta a los Estados Miembros a que integren el enfoque centrado en la persona y las intervenciones básicas, en la planificación y financiación generales del sector de la salud. Los Estados Miembros deberán garantizar la coherencia con las contribuciones de otros planes y estrategias del sector de la salud en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, y asignar recursos nacionales adicionales cuando sea necesario y viable.

30. Además, la ayuda internacional y otras formas de financiación y asociación externas desempeñan un papel importante. Por ejemplo, más del 80 % de las donaciones aprobadas para algunos países en la primera ronda del Fondo contra Pandemias conciernen a actividades relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos y, hasta febrero de 2024, 25 países habían incluido actividades relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos en sus solicitudes al Fondo Mundial.

31. Los esfuerzos específicos, en particular la financiación internacional existente y nueva y las modalidades de asociación innovadoras, son especialmente importantes para hacer frente a la crisis que afecta al desarrollo de los antibióticos y el acceso a esos fármacos, así como a otras necesidades científicas y de investigación y desarrollo en el marco de la tercera prioridad estratégica.

Medidas instrumentales de apoyo a los Estados Miembros

32. La Secretaría presta apoyo a los países en todos los aspectos de la respuesta a la resistencia a los antimicrobianos mediante la coordinación de medidas y alianzas mundiales o regionales y la asistencia técnica a escala nacional, adaptada al contexto local, incluso en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables.

33. Consciente de la creciente demanda de apoyo técnico por parte de los Estados Miembros, la Secretaría está desarrollando un mecanismo mundial de asistencia técnica relativo a la resistencia a los antimicrobianos, así como iniciativas para abordar necesidades específicas, por ejemplo, la iniciativa sobre diagnóstico de la RAM, y orientaciones y material didáctico específicos.

34. Además, la Secretaría ayuda a los países a identificar y movilizar financiación nacional y externa, por ejemplo, a través del Fondo Mundial y el Fondo contra Pandemias, y apoya la formulación de argumentos a escala mundial y nacional en favor de las inversiones en la esfera de la resistencia a los antimicrobianos.

35. En la mayoría de los países, la base de pruebas sobre la resistencia a los antimicrobianos es muy débil. La Secretaría respalda la generación y utilización de datos de vigilancia e investigación y la presentación de informes conexos, por ejemplo, mediante el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y de su Uso (GLASS) de la OMS y de encuestas de prevalencia de la resistencia a los antimicrobianos que sean representativas a nivel nacional, en consonancia con las prioridades específicas de cada país y el programa mundial de investigación de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana.

36. La Secretaría, junto con la industria y las organizaciones asociadas pertinentes, supervisará, informará y promoverá los esfuerzos mundiales de investigación y desarrollo relativos a los patógenos prioritarios y las principales necesidades de salud pública, y desarrollará mecanismos para apoyar el acceso equitativo y sostenible a los antibióticos nuevos y existentes, así como a otros productos de salud necesarios, tales como vacunas, medios diagnósticos y reactivos. Los ejemplos de soluciones diversas y adaptadas requeridas incluyen las adquisiciones coordinadas y mancomunadas, el almacenamiento estratégico, la previsión y cuantificación mejoradas, la racionalización de la reglamentación y la fabricación ampliada.

37. A fin de reforzar el compromiso, la acción y la movilización de recursos para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, y sobre la base de los conocimientos sobre comportamientos y otros datos pertinentes, la Secretaría coordinará la promoción, educación y sensibilización a escala internacional con asociados y redes clave, por ejemplo, con instancias normativas, legisladores, dispensadores de atención de salud y la sociedad civil, incluidos los jóvenes y los supervivientes de la resistencia a los antimicrobianos.

SEGUIMIENTO Y METAS

38. Con el fin de supervisar la aplicación y los progresos, la Secretaría, en consulta con todas las partes interesadas, seguirá elaborando un marco de medición y rendición de cuentas que podría incluir metas mundiales, tal como se debatió con los Estados Miembros en la 154.^a reunión del Consejo Ejecutivo.

39. Los posibles indicadores para las prioridades estratégicas se enumeran en el cuadro 2. La Secretaría tiene previsto publicar los posibles indicadores para la visión, el objetivo y las prioridades operacionales a fin de someterlos a consulta entre los Estados Miembros y otras partes interesadas en abril–mayo de 2024.¹

40. Los resultados e indicadores pertinentes se incluirán en el marco de medición del 14.º programa general de trabajo de la OMS.

41. Las prioridades y el desarrollo en curso del marco de medición y rendición de cuentas informarán las deliberaciones de los Estados Miembros y la posible formulación de metas mundiales en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos, que se celebrará en 2024, y la Cuarta Reunión Ministerial de Alto Nivel sobre la Resistencia a los Antimicrobianos que la Arabia Saudita tiene previsto acoger en noviembre de 2024.

42. Los países pueden utilizar el marco de medición y rendición de cuentas para orientar el establecimiento de metas específicas de cada contexto, sobre la base de la información estratégica cuantitativa y cualitativa.

¹ Los posibles indicadores podrán consultarse en el siguiente enlace: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/consultation-monitoring-framework-strategic-and-operational-priorities-to-address-drug-resistant-bacterial-infections>.

Cuadro 2. Posibles indicadores de las prioridades estratégicas

Prioridades estratégicas	Posibles indicadores
Prevención de infecciones	Indicadores actuales pertinentes sobre agua, saneamiento e higiene (ASH) en los establecimientos de salud (OMS/UNICEF), inmunización (Agenda de Inmunización 2030) y prevención y control de infecciones (Estrategia Mundial de la OMS sobre Prevención y Control de Infecciones).
Acceso universal asequible y de calidad a medios diagnósticos y al tratamiento adecuado de las infecciones	- Cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS). - Protección financiera (indicador 3.8.2 de los ODS). - Proporción de la población que acude a establecimientos de salud y tiene acceso a servicios de diagnóstico bacteriológico de calidad garantizada. - Consumo de antibióticos en dosis diaria definida por cada 1000 habitantes por día; clasificación mundial y clasificación AWARE (acceso, precaución y último recurso). (Nota: en este indicador influyen tanto el acceso como el uso adecuado, por lo que no puede interpretarse de forma aislada).
Información, ciencia e innovación estratégicas	- Número o proporción de países que disponen de datos nacionales representativos y de calidad sobre la resistencia a los antimicrobianos, obtenidos mediante vigilancia y/o encuestas, y proporción de la población mundial para la que se dispone de esos datos. - Número de <i>i</i>) nuevos medicamentos y <i>ii</i>) nuevos medios diagnósticos en fase de investigación y desarrollo armonizados con los perfiles de producto y la lista de patógenos bacterianos prioritarios de la OMS.
Gobernanza y financiación	Número/proporción de países en los que la planificación de medidas nacionales relativas a la resistencia a los antimicrobianos está integrada en el plan nacional del sector sanitario (notificado anualmente en las encuestas de autoevaluación nacional de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos).
	Número/proporción de países en los que <i>i</i>) el plan de acción nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos incluye un plan operacional presupuestado y cuenta con un mecanismo de seguimiento, y <i>ii</i>) la provisión financiera para la aplicación del plan de acción nacional contra la resistencia a los antimicrobianos está incluida en los planes y presupuestos nacionales (notificados en las encuestas de autoevaluación nacional de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos).

[En el párrafo 43 se invitaba a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe.]

ANEXO 2

Texto modificado del Estatuto del Personal¹

[EB154/48 Rev.1, anexo – 18 de enero de 2024]²

VI. SEGUROS SOCIALES

...

6.2 El Director General establecerá un sistema de seguros sociales para el personal, tomando, entre otras, las disposiciones necesarias para la protección de la salud, la concesión de licencias por enfermedad y licencias parentales, y el pago de indemnizaciones de cuantía adecuada en los casos de enfermedad, accidente o muerte imputables a un acto de servicio.

¹ Texto modificado en virtud de la resolución WHA77.11 (2024).

² Véase también el documento WHA77/4.

ANEXO 3

Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones, 2024-2030: medidas, indicadores y metas a nivel nacional/subnacional y de establecimientos de salud^{1,2,3}

[EB154/8, cuadro – 21 de diciembre de 2023]

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 1. COMPROMISO POLÍTICO Y POLÍTICAS

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Elaborar un plan de acción y un marco de seguimiento nacionales sobre prevención y control de infecciones (PCI) e integrarlos en los planes nacionales de salud, indicando los costos y las fuentes de financiación	1. Plan de acción y marco de seguimiento nacionales sobre PCI ⁴ elaborados, presupuestados, validados y aprobados por el Ministerio de Salud u otras autoridades nacionales pertinentes en el contexto de los planes nacionales de salud
Medida clave 2 Establecer el marco jurídico de la PCI para encomendar la aplicación de los programas de la PCI en todos los niveles	1. Legislación y reglamentos en vigor para abordar la PCI (incluido el personal especializado en PCI) en el marco reglamentario de la salud pública

¹ Véase la decisión WHA77(9).

² Para el nivel mundial/regional, véase el anexo complementario 1 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/supplementary-annex-1-global-action-plan-and-monitoring-framework-on-infection-prevention-and-control>), consultado el 15 de julio de 2024.

³ El anexo complementario 4 contiene información detallada sobre los participantes clave en cada medida a nivel nacional y de establecimientos de salud ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-action-plan/draft-documents/240017_draft_who_ipc_gapmf_anexo_4-sp.pdf?sfvrsn=d952637f_7&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-action-plan/draft-documents/240017_draft_who_ipc_gapmf_anexo_4-sp.pdf?sfvrsn=d952637f_7&download=true)), consultado el 15 de julio de 2024.

⁴ Si el plan de acción y el marco de seguimiento nacionales sobre PCI forman parte del plan de acción y del marco de seguimiento nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos o sobre la seguridad del paciente, pero se distinguen claramente, son detallados y cumplen todos los atributos del indicador, pueden considerarse equivalentes a un plan de acción y un marco de seguimiento nacionales específicos sobre PCI.

Medida clave 3 Elaborar un argumentario nacional a favor de la inversión financiera en consonancia con el estudio de viabilidad mundial de la PCI	1. Argumentario nacional a favor de la inversión financiera elaborado sobre la base de los modelos mundiales (para 2026)
Medida clave 4 Establecer un presupuesto específico para la PCI destinado a financiar el programa y el plan de acción nacionales sobre PCI	1. Presupuesto específico (en consonancia con el plan de acción nacional sobre PCI) asignado para financiar el programa y el plan de acción nacionales sobre PCI fijado y disponible 2. Proporción de establecimientos de atención de salud con una financiación adecuada y un presupuesto específico para la PCI
Medida clave 5 Aportar pruebas de la inversión realizada por las autoridades nacionales en servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH) y de infraestructura para los desechos de la atención de salud y limpieza y dotación de personal para garantizar que todos los establecimientos de atención de salud cuenten con servicios de ASH gestionados de forma segura para posibilitar las prácticas de PCI	1. Fondos específicos y suficientes asignados a nivel nacional para los servicios y actividades de ASH
Medida 6 Crear un comité nacional de PCI ¹ que desempeñe de manera activa una función específica (autoridad reguladora) de apoyo a la aplicación del plan de acción sobre PCI a nivel nacional y de establecimientos de salud	1. Comité nacional de PCI creado y en funcionamiento (para 2026) 2. Proporción de países con un comité nacional de PCI creado y en funcionamiento
Medida 7 Introducir indicadores de la PCI que estén en consonancia con los componentes básicos y los requisitos mínimos para la PCI definidos por la OMS en los sistemas nacionales de garantía de la calidad de los establecimientos de atención de salud (como los sistemas de concesión de licencias y acreditación o similares), si los hay	1. Requisitos de la PCI incluidos como indicadores en los sistemas nacionales de concesión de licencias y acreditación (o similares) para los establecimientos de atención de salud, si los hay (para 2028)

¹ El comité nacional de PCI (o una estructura equivalente) debería crearse como grupo multidisciplinario oficial para interactuar con el equipo técnico responsable del programa de PCI. A esa entidad se le encomendaría el mandato de integrar la PCI en el sistema nacional de salud y potenciar la cooperación, la coordinación y el intercambio de información, en particular con los programas complementarios. Otras tareas que el grupo podría llevar a cabo serían las siguientes: realizar un examen del contenido del programa de PCI, promover prácticas mejoradas, garantizar una capacitación adecuada, examinar los riesgos asociados a las nuevas tecnologías y evaluar el programa periódicamente.

<i>Medida 8</i> Establecer una dotación de personal adecuada, que incluya personal especializado en PCI, de acuerdo con las necesidades locales y el uso de instrumentos normalizados	1. Dotación de personal adecuada en consonancia con los requisitos de los componentes básicos de la PCI (componente básico 1 en el caso del personal especializado en PCI y componente básico 7 en el caso de los trabajadores asistenciales y de la salud) (para 2030) 2. Proporción de establecimientos de salud que cumplen las normas nacionales predefinidas sobre dotación de personal
A nivel de establecimientos de salud	
<i>Medida clave 1</i> Demostrar el compromiso de los gestores principales de los establecimientos de salud con la PCI y su apoyo en esta materia mediante una adecuada asignación presupuestaria específica para el programa y el equipo de PCI, que incluya financiación para la aplicación del plan de acción anual	1. Se dispone de un presupuesto específico para la PCI adecuado (es decir, para financiar el programa y el equipo de PCI y el plan de acción anual, incluido el equipo para las prácticas de PCI)

Orientación estratégica 1 – Metas mundiales e indicadores conexos	
<i>Meta principal 1</i>/ocho primeras metas mundiales	<i>Proporción de países con un plan de acción y un marco de seguimiento nacionales sobre PCI presupuestados y aprobados</i> Aumento de la proporción de países con un plan de acción y un marco de seguimiento nacionales sobre PCI presupuestados y aprobados al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
<i>Meta principal 2</i>/ocho primeras metas mundiales	<i>Proporción de países con legislación/reglamentos en vigor en materia de PCI (incluido el personal especializado en PCI) como parte del marco reglamentario de la salud pública</i> Aumento de la proporción de países con legislación/reglamentos en materia de PCI al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

<i>Meta principal 3/ocho primeras metas mundiales</i>	<i>Proporción de países que cuentan con un presupuesto específico definido (en consonancia con el plan de acción nacional sobre PCI) asignado para financiar el programa y el plan de acción nacionales sobre PCI</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con un presupuesto específico definido asignado al programa y el plan de acción nacionales sobre PCI al: 50 % para 2026 75 % para 2028 >90 % para 2030 Referencia (2021-2022): 41 %
Meta adicional	<i>Proporción de países con fondos específicos y suficientes para los servicios y actividades de ASH</i> Aumento de la proporción de países con fondos específicos y suficientes para los servicios y actividades de ASH al: 40 % de los países para 2026 80 % de los países para 2028 100 % de los países para 2030 Referencia (2022): 3 %
Orientación estratégica 1 – Metas nacionales e indicadores conexos	
Meta adicional	<i>Proporción de establecimientos de atención de salud con un presupuesto específico adecuado para la PCI (para financiar el programa y el equipo de PCI y el plan de acción anual, incluido el equipo para las prácticas de PCI)</i> Aumento de la proporción de establecimientos de atención de salud con un presupuesto específico adecuado para la PCI al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 2. PROGRAMAS ACTIVOS DE PCI

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Establecer un programa nacional de PCI y/o aportar pruebas de la mejora de los programas de PCI, incluido ASH (a saber, cumplir los requisitos mínimos de la OMS a nivel nacional y de establecimientos de salud)	1. Cumplimiento de todos los requisitos mínimos de la OMS para la PCI a nivel nacional (véase el documento EB154/8 Add.1) (evaluación por medio del Portal Mundial de PCI de la OMS)¹ 2. Proporción de establecimientos de salud que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para la PCI a nivel de establecimientos de salud (evaluación por medio del portal de PCI de la OMS) 3. Proporción de establecimientos de atención de salud con servicios básicos de agua, saneamiento, higiene y desechos (por cada indicador, evaluación por medio de las definiciones del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene)
Medida clave 2 Apoyar el establecimiento de programas activos de PCI (es decir, con objetivos y plan de acción, respaldados por recursos humanos y financiación específicos), al menos en los establecimientos de atención terciaria y secundaria, y la designación de una persona de enlace para la PCI en cada establecimiento de atención primaria, en el marco de un desarrollo más amplio de los servicios de salud	1. Proporción de establecimientos de salud de atención terciaria/secundaria con un programa activo de PCI 2. Proporción de establecimientos de atención primaria con una persona de enlace para la PCI
Medida clave 3 Establecer metas nacionales sobre reducción de las infecciones relacionadas con la atención de salud (IRAS) y apoyar la aplicación de estrategias multimodales de mejora² para reducir las IRAS en los establecimientos de atención de salud en todos los niveles, según las prioridades locales	1. Proporción de establecimientos de salud con intervenciones en marcha basadas en estrategias multimodales para reducir las IRAS específicas según las prioridades locales

¹ Portal Mundial de PCI de la OMS. Para más información, véase el sitio web (<https://ipcportal.who.int/?locale=es>), consultado el 15 de julio de 2024.

² Una estrategia multimodal consta de varios componentes o elementos (tres o más, por lo general cinco) que se aplican de manera integrada con el fin de mejorar un resultado (prevención de las IRAS y la resistencia a los antimicrobianos) y cambiar un comportamiento. Esta estrategia incluye instrumentos tales como conjuntos de datos y listas de comprobación elaborados por equipos multidisciplinarios que tienen en cuenta las condiciones locales. Los cinco elementos más comunes son: *i*) cambio de sistema (disponibilidad de la infraestructura y los suministros apropiados para permitir buenas prácticas de PCI); *ii*) formación y capacitación de trabajadores de salud y asistenciales y otros actores clave (por ejemplo, gestores); *iii*) seguimiento de infraestructuras, prácticas, procesos y resultados, y retroinformación; *iv*) recordatorios en el lugar de trabajo/comunicaciones; y *v*) cambio de cultura en el establecimiento o fortalecimiento de un clima de seguridad.

Medida clave 4 Elaborar directrices nacionales sobre PCI, incluidas políticas relativas a la creación de entornos propicios para la PCI, la infraestructura, los suministros y la prevención de infecciones entre los trabajadores de la salud y asistenciales a nivel de establecimientos de salud, y vincular dichas directrices con los principios estratégicos para el control de la resistencia a los antimicrobianos (RAM)	1. Disponibilidad a nivel nacional de directrices y políticas sobre PCI basadas en la evidencia
A nivel de establecimientos de salud	
Medida clave 1 Establecer un programa activo de PCI para los establecimientos de atención terciaria y secundaria (es decir, con objetivos y un plan de acción anual, respaldado por recursos humanos y presupuesto específicos) y garantizar que haya una persona de enlace para la PCI en cada establecimiento de atención primaria, en el marco de un desarrollo más amplio de los servicios de salud	1. Programa activo de PCI establecido (es decir, con objetivos y plan de acción anual, respaldado por recursos humanos específicos y financiación adecuada) (para 2026)
Medida clave 2 Elaborar, financiar y aplicar planes de mejora de la PCI a fin de cumplir los requisitos mínimos de la OMS para la PCI según el nivel de establecimientos de salud, incluida la disponibilidad de infraestructuras y suministros de PCI adecuados	1. Cumplimiento de los requisitos mínimos de la OMS para la PCI en el establecimiento de atención de salud según el nivel de establecimientos de salud 2. Porcentaje de requisitos mínimos de la OMS para la PCI cumplidos en el establecimiento de atención de salud, según el nivel de establecimientos de salud

Orientación estratégica 2 – Metas mundiales e indicadores conexos	
Meta principal 4/ocho primeras metas mundiales	Proporción de países que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para los programas de PCI a nivel nacional (en el portal de PCI de la OMS) Aumento de la proporción de países que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para los programas de PCI a nivel nacional al: 30 % para 2026 60 % para 2028 >90 % para 2030 Referencia (2021-2022): 4 %

Meta principal 5 /ocho primeras metas mundiales	Proporción de países con programas nacionales de PCI en los niveles 4 o 5 de la sección C9.1 del instrumento SPAR¹ y en los niveles D o E de la sección 3.5 de la TrACSS² (niveles más altos) Aumento de la proporción de países con programas nacionales de PCI en los niveles 4 o 5 de la sección C9.1 del instrumento SPAR y en los niveles D o E de la sección 3.5 de la TrACSS al: 50 % para 2026 75 % para 2028 >90 % para 2030 Referencia (2022): 39 % en la sección C9.1 del instrumento SPAR; 38 % en la sección 3.5 de la TrACSS
Meta adicional	Mejora de la puntuación de los países en lo que respecta a la sección C9.1 del instrumento SPAR y/o la sección 3.5 de la TrACSS Impulsar la mejora a nivel de país en lo que respecta a la sección C9.1 del instrumento SPAR y/o la sección 3.5 de la TrACSS de modo que: el 50 % de los países haya pasado al nivel siguiente para 2026 el 75 % de los países haya pasado al nivel siguiente para 2028 el 100 % de los países haya pasado al nivel siguiente para 2030
Meta principal 6 /ocho primeras metas mundiales	Proporción de países con servicios básicos de agua, saneamiento, higiene y desechos en todos los establecimientos de atención de salud (por cada indicador objeto de seguimiento en las definiciones del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene)³ Aumento de la proporción de países que cuentan con servicios básicos de agua, saneamiento, higiene y desechos en todos los establecimientos de atención de salud al: 60 % para 2026 80 % para 2028 100 % para 2030 Referencia (2022) - agua: 78 %; saneamiento: sin determinar; higiene de manos: 51 %; servicios de residuos: sin determinar

¹ SPAR: instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes en el RSI; la sección C9.1 se refiere a los programas de PCI. Para más información, véase el sitio web del instrumento SPAR (<https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting>), consultado el 15 de julio de 2024.

² TrACSS: encuesta tripartita de autoevaluación nacional de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos. Para más información, véase el sitio web de la TrACSS (<https://amr-countryprogress.org/#/map-view>), consultado el 15 de julio de 2024; la sección 3.5 se refiere a la prevención y el tratamiento de las infecciones en la atención de la salud humana. En el mismo sitio web también puede consultarse íntegramente la base de datos mundial de las autoevaluaciones nacionales de seguimiento de la resistencia a los antimicrobianos.

³ Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/311764>), consultado el 15 de julio de 2024.

Orientación estratégica 2 – Metas mundiales e indicadores de resultados conexos	
Denominador de la meta principal 7	<i>Proporción de países que tienen una meta nacional sobre reducción de las IRAS (de cuya vigilancia se ocupa la secretaría de la iniciativa emblemática sobre seguridad del paciente de la OMS)</i> Aumento de la proporción de países que tienen una meta nacional sobre reducción de las IRAS al: 50 % para 2026 75 % para 2028 100 % para 2030 Referencia (2023): 31 %
Meta principal 7/ocho primeras metas mundiales	<i>Proporción de países que han alcanzado sus metas nacionales sobre reducción de las IRAS¹ (indicador que figura en el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030)</i> Aumento de la proporción de países que han alcanzado sus metas nacionales sobre reducción de las IRAS (entre los que se han impuesto dichas metas) al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Orientación estratégica 2 – Metas nacionales e indicadores conexos	
Meta principal 2/cuatro primeras metas nacionales	<i>Porcentaje de requisitos mínimos de la OMS para la PCI cumplidos a nivel nacional</i> Aumento del porcentaje de requisitos mínimos de la OMS para la PCI cumplidos a nivel nacional al: 50 % para 2026 75 % para 2028 >90 % para 2030
Meta principal 1/cuatro primeras metas nacionales	<i>Proporción de establecimientos de salud que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para los programas de PCI</i> Aumento de la proporción de establecimientos de salud que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para los programas de PCI al: 30 % para 2026 60 % para 2028 >90 % para 2030 Referencia (2019): 16 %

¹ Las IRAS causadas por patógenos prioritarios que se recomienda abordar son: infecciones del lecho quirúrgico relacionadas con determinadas intervenciones quirúrgicas (indicador que figura en el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos); septicemias entre los pacientes ingresados; y septicemias asociadas a una vía central.

Orientación estratégica 2 – Meta a nivel de establecimientos de salud e indicador conexo	
Meta adicional	<i>Porcentaje de requisitos mínimos de la OMS para la PCI cumplidos en el establecimiento de atención de salud, según el nivel de establecimientos de salud</i> Aumento del porcentaje de requisitos mínimos de la OMS para la PCI cumplidos por el establecimiento de salud al: 30 % para 2026 60 % para 2028 >90 % para 2030

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 3. INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA PCI

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Garantizar la inclusión de los principios, las normas y los indicadores de la PCI en las estrategias y los documentos de otros programas nacionales complementarios¹	1. Se han finalizado el examen documental y el análisis de la situación respecto de la integración de la PCI en otros programas (para 2028) 2. Los principios, las normas y los indicadores clave existentes para la PCI se han determinado y se han incluido de manera adecuada y con referencias cruzadas en otros programas complementarios nacionales, según proceda (para 2030)
Medida clave 2 Garantizar que el programa de PCI esté en consonancia con las estrategias y los documentos de otros programas nacionales complementarios y contribuya a ellos	1. Se han finalizado el examen documental y el análisis de la situación respecto de la integración de otros programas complementarios en el programa de PCI (para 2028) 2. Las políticas, los principios, las normas y los indicadores clave existentes en otros programas complementarios se han determinado y se han incluido de manera adecuada y con referencias cruzadas en los documentos y el programa de PCI, según proceda (para 2030)

¹ Entre los programas/esferas de trabajo complementarios a los programas de PCI figuran los relativos a la resistencia a los antimicrobianos; la salud ocupacional; la seguridad del paciente; las emergencias de salud pública; la calidad de la atención; el agua, el saneamiento y la higiene y la gestión de los desechos de la atención de salud; y enfermedades infecciosas específicas (como la infección por el VIH y la tuberculosis).

Medida clave 3 Garantizar que las prácticas clínicas de PCI y la prescripción adecuada de agentes antimicrobianos (es decir, la optimización del uso de los antimicrobianos) se integran en las políticas relacionadas con los protocolos/programas de atención al paciente a nivel nacional, subnacional y de establecimientos de salud para la atención de salud terciaria, secundaria y primaria	1. Disponibilidad de conjuntos de servicios clínicos (por ejemplo, políticas y procedimientos operativos normalizados) para la integración de la PCI y la prescripción adecuada de antimicrobianos en la atención clínica (como la cirugía y la atención materna y neonatal) (para 2028)
Medida 4 Garantizar la inclusión de los principios, las estrategias y las normas sobre PCI en las políticas, los planes de acción nacionales y los proyectos de aplicación en materia de RAM	1. Disponibilidad de políticas, planes de acción nacionales y proyectos de aplicación en materia de RAM que incluyen la PCI (para 2026) 2. Indicador 3.d.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible modificado en pacientes hospitalizados: porcentaje de infecciones del torrente sanguíneo debidas a <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina, <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp. y <i>Pseudomonas</i> spp. resistente a los carbapenémicos
Medida 5 Garantizar que la PCI se incluya como componente del plan nacional de preparación, disposición operativa y respuesta en el contexto de las emergencias de salud pública	1. Sección sobre la PCI en la que figura el presupuesto, el personal y los suministros incluida en el plan nacional de preparación, disposición operativa y respuesta
Medida 6 Elaborar y presupuestar planes nacionales para ASH en los establecimientos de atención de salud	1. Disponibilidad de hojas de ruta (es decir, planes nacionales) presupuestadas para ASH en los establecimientos de atención de salud que incluyan elementos de PCI 2. Disponibilidad de normas para el agua, el saneamiento, la higiene, la limpieza y los desechos de la atención de salud en los establecimientos de atención de salud
Medida 7 Garantizar que la PCI se incluya como componente de los programas nacionales de salud y seguridad ocupacional para los trabajadores de la salud y asistenciales, con inclusión de planes de prevención, notificación y seguimiento de las infecciones profesionales	1. Disponibilidad de planes nacionales para la prevención, la notificación y el seguimiento de las infecciones profesionales, con inclusión de una política de vacunación de los trabajadores de la salud y asistenciales 2. Proporción de países que cuentan con una política nacional de salud y seguridad ocupacional para los trabajadores de la salud y asistenciales (indicador para la notificación a nivel mundial) 3. Proporción de países con un programa de vacunación para los trabajadores de la salud y asistenciales (indicador para la notificación a nivel mundial)

<i>Medida 8</i> Integrar los suministros/equipos para la PCI en las listas nacionales de medicamentos esenciales y dispositivos médicos prioritarios y determinar los que son los esenciales en las emergencias	1. Disponibilidad de una lista acordada de suministros esenciales para la PCI (por ejemplo, gel hidroalcohólico para las manos, equipos de protección personal y desinfectantes) (para 2026) 2. Evaluación finalizada para determinar los suministros para la PCI que se incluyen en las listas nacionales de medicamentos esenciales y dispositivos médicos prioritarios (para 2028) 3. Lista acordada de suministros esenciales para la PCI incluidos en las listas de medicamentos esenciales y dispositivos médicos prioritarios, incluidas las especificaciones para emergencias (para 2030)
A nivel de establecimientos de salud	
<i>Medida clave 1</i> Crear un comité de PCI¹ que cuente con representación de otros programas complementarios y que realice actividades de colaboración con esos programas (para los establecimientos de atención terciaria y secundaria)	1. Comité de PCI creado que cuenta con representación de otros programas complementarios y que realiza actividades de colaboración con esos programas (para 2026)
<i>Medida clave 2</i> Garantizar que tanto las prácticas clínicas de PCI como la prescripción adecuada de antimicrobianos se integran en todos los protocolos/salas de atención al paciente	1. Disponibilidad de procedimientos operativos normalizados que integran la PCI y la prescripción adecuada de antimicrobianos en la atención clínica (por ejemplo, la cirugía y la atención materna y neonatal) (para 2028) 2. Mayor observancia demostrada de las prácticas de PCI en salas específicas y entre el personal especializado (por ejemplo, seguridad de las inyecciones, higiene de manos y gestión de desechos en las plantas de cirugía, los quirófanos y las unidades de cuidados intensivos (UCI) (para 2030) 3. Mayor observancia demostrada de la prescripción adecuada de antimicrobianos (por ejemplo, una auditoría anual como mínimo)

¹ Un comité de PCI es un grupo multidisciplinario integrado por partes interesadas de otros programas complementarios (por ejemplo, sobre seguridad del paciente, calidad de la atención, salud ocupacional, resistencia a los antimicrobianos/optimización del uso de los antimicrobianos y ASH) de todo el establecimiento de salud, que interactúa con el equipo de PCI y le presta asesoramiento.

Orientación estratégica 3 – Metas mundiales e indicadores conexos	
Meta principal 6/ocho primeras metas mundiales	<i>Proporción de países con hojas de ruta (concretamente, planes nacionales) presupuestadas para ASH en los establecimientos de atención de salud</i> Aumento de la proporción de países con hojas de ruta (concretamente, planes nacionales) presupuestadas para ASH en los establecimientos de atención de salud al: 80 % de los países para 2026 90 % de los países para 2028 100% de los países para 2030 Referencia (2022): 63 % de los países
Meta adicional	<i>Proporción de países que cuentan con normas actualizadas sobre agua, saneamiento, higiene, limpieza y desechos de atención de salud en los establecimientos de atención de salud</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con normas actualizadas sobre agua, saneamiento, higiene, limpieza y desechos de atención de salud en los establecimientos de atención de salud de modo que: el 75 % de los países disponga de normas actualizadas para 2026 el 90 % de los países disponga de normas actualizadas para 2028 el 100 % de los países disponga de normas actualizadas para 2030 Referencia (2022): el 53 % de los países dispone de normas
Meta adicional	<i>Proporción de países que notifican datos sobre el indicador 3.d.2 modificado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (porcentaje de infecciones del torrente sanguíneo debidas a Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, Acinetobacter spp., Klebsiella spp. y Pseudomonas spp. resistente a los carbapenémicos en pacientes hospitalizados)</i> Aumento de la proporción de países que notifican el indicador 3.d.2 modificado al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Orientación estratégica 3 – Metas nacionales e indicadores conexos	
Meta adicional	<i>Proporción de establecimientos de salud con fondos específicos y suficientes para los servicios y actividades de ASH</i> Aumento de la proporción de establecimientos de salud con fondos específicos y suficientes para los servicios y actividades de ASH al: 40 % de los establecimientos para 2026 80 % de los establecimientos para 2028 100 % de los establecimientos para 2030

Meta adicional	<i>Proporción de establecimientos de atención de salud en los que se ha creado un comité de PCI que cuenta con representación de otros programas complementarios y que realiza actividades de colaboración con esos programas</i> Aumento de la proporción de establecimientos de atención de salud en los que se ha creado un comité de PCI de esas características al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
----------------	--

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 4. CONOCIMIENTOS SOBRE PCI DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD Y ASISTENCIALES Y TRAYECTORIAS PROFESIONALES DE LOS PROFESIONALES DE PCI

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Elaborar un plan de estudios nacional para el personal especializado en PCI que esté en consonancia con las competencias básicas de la OMS para dicho personal, o aprobar un plan de estudios internacional	1. Plan de estudios para el personal especializado en PCI elaborado o plan de estudios internacional aprobado y aplicado (para 2028) 2. Proporción de países con un plan de estudios para el personal especializado en PCI elaborado y aplicado (indicador de la meta mundial)
Medida clave 2 Establecer un programa nacional de certificación¹ de PCI de posgrado² (que incluya cursos de capacitación sobre preparación ante emergencias en situaciones específicas) para el personal especializado en PCI que esté en consonancia con las normas internacionales existentes o exigir certificados ya existentes	1. Programa de certificación de PCI de posgrado establecido o exigencia de un certificado ya existente (para 2030) 2. Proporción de escuelas superiores y universidades que ofrecen formación de PCI de posgrado 3. Proporción de países con un programa de certificación de PCI o equivalente o que exigen certificados ya existentes (indicador de la meta mundial)

¹ Se proporciona un certificado después de realizar un curso o una serie de cursos que ofrecen formación y capacitación sobre un resultado de aprendizaje previsto.

² Cualificación de posgrado: tipo de cualificación que se obtiene tras un grado o un diploma universitario pertinente. Los títulos de posgrado pueden ser de diferentes tipos; por ejemplo, maestrías, diplomas y certificados de posgrado y doctorados.

Medida clave 3 Elaborar y establecer un plan de estudios nacional sobre PCI (o adoptar un plan de estudios internacional) para la capacitación y formación de pregrado¹ en todas las disciplinas de atención de salud pertinentes (por ejemplo, en las facultades de medicina, enfermería y partería), aprobado por el organismo nacional o internacional pertinente, e integrarlo en los planes de estudios de salud, con mecanismos de evaluación incorporados	1. Plan de estudios de pregrado en PCI para todas las disciplinas de atención de salud pertinentes elaborado y respaldado por el organismo nacional o internacional pertinente que garantiza que se cumplen los requisitos de calidad y las normas (nacionales/internacionales) (para 2028) 2. Plan de estudios de pregrado en PCI integrado en los planes de estudios de salud, con mecanismos de evaluación incorporados (para 2030)
Medida clave 4 Elaborar un plan de estudios nacional en el servicio² sobre PCI (o adoptar un plan de estudios internacional) para todos los trabajadores de la salud y asistenciales, en particular el personal clínico y de limpieza de primera línea y el personal encargado de la gestión, y crear un programa de formación nacional (o subnacional) para apoyar la formación en PCI en el servicio	1. Plan de estudios nacional en el servicio sobre PCI elaborado (para 2026) 2. Programa de capacitación nacional (o subnacional) en PCI para apoyar la formación en el servicio creado (para 2028), introducido y actualizado periódicamente (para 2030) 3. Proporción de países con un plan de estudios nacional en el servicio sobre PCI (indicador de la meta mundial)
Medida clave 5 Encomendar que todos los trabajadores de la salud y asistenciales, en particular el personal clínico y de limpieza de primera línea y el personal encargado de la gestión, reciban formación y capacitación sobre los procedimientos operativos normalizados para la PCI en el momento de su contratación y con regularidad (por ejemplo, cada año) a partir de entonces	1. Establecimiento de un mecanismo jurídico o de estrategias bien definidas con el mandato de ofrecer formación en el servicio en materia de PCI (para 2028) 2. Proporción de establecimientos de salud que ofrecen y/o exigen formación obligatoria a todos los trabajadores de la salud y asistenciales, en particular al personal clínico y de limpieza de primera línea en el momento de su contratación y anualmente a partir de entonces, y a los gestores en el momento de su contratación 3. Proporción de establecimientos de salud que cumplen todos los requisitos mínimos de la OMS para la formación y capacitación en PCI según el nivel de establecimientos de salud 4. Proporción de países con un plan de formación nacional (o subnacional) en PCI (indicador de la meta mundial)

¹ Pregrado: curso académico (por ejemplo, un programa para obtener un diploma o un grado universitario) realizado antes de la obtención de una licenciatura.

² En el servicio: formación que reciben los empleados durante el desempeño del trabajo, impartida por una institución o un organismo. Incluye programas de orientación.

Medida clave 6 Crear una trayectoria profesional para el personal especializado en PCI		1. Documento marco/de política que describe los pasos que deben seguirse para crear la trayectoria profesional del personal especializado en PCI (para 2028) 2. Puestos específicos para el personal especializado/puntos focales en materia de PCI creados/disponibles en el sistema nacional de atención de salud 3. Proporción de hospitales con al menos un especialista en PCI a tiempo completo por cada 250 camas
A nivel de establecimientos de salud		
Medida clave 1 Elaborar planes de aplicación y proporcionar recursos (humanos y financieros) para cumplir todos los requisitos mínimos de la OMS sobre capacitación y formación en PCI y para cumplir progresivamente todos los requisitos del componente básico 3 sobre formación y capacitación en PCI		1. Cumplimiento de todos los requisitos mínimos de la OMS sobre capacitación y formación en PCI, según el nivel de establecimientos de salud (para 2030)
Orientación estratégica 4 – Metas mundiales e indicadores conexos		
Meta adicional	<i>Proporción de países con un plan de estudios para el personal especializado en PCI elaborado o aprobado y aplicado</i> Aumento de la proporción de países con un plan de estudios para el personal especializado en PCI elaborado o aprobado y aplicado al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030	
Meta adicional	<i>Proporción de países con un programa de certificación de PCI o equivalente o que exigen certificados ya existentes</i> Aumento de la proporción de países con un programa de certificación de PCI o equivalente al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030	

Meta adicional	<i>Proporción de países que cuentan con un programa de formación en PCI para el personal de atención de salud y asistencial</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con un programa de formación en PCI para el personal de atención de salud y asistencial al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Orientación estratégica 4 – Meta nacional e indicador conexo	
Meta principal 3 /cuatro primeras metas nacionales	<i>Proporción de establecimientos que ofrecen y/o exigen formación a todo el personal clínico y de limpieza de primera línea en el momento de su contratación y anualmente, y a los gestores en el momento de su contratación</i> Aumento de la proporción de establecimientos que ofrecen y/o exigen formación a todo el personal clínico y de limpieza de primera línea en el momento de su contratación y anualmente, y a los gestores en el momento de su contratación, al: 30 % para 2026 60 % para 2028 >90 % para 2030

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 5. DATOS PARA LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Establecer y/o fortalecer el sistema nacional de seguimiento de la PCI y garantizar que los establecimientos de atención de salud participen en las redes nacionales de seguimiento de la PCI	1. Plan estratégico nacional para el seguimiento de la PCI aplicado, que incluye un sistema de seguimiento de la PCI integrado para la recogida, el análisis y la retroinformación de los datos 2. Proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de seguimiento de la PCI para la recogida, el análisis y la retroinformación de los datos 3. Proporción de países con un sistema nacional de seguimiento de la PCI (indicador para la notificación a nivel mundial)

Medida clave 2 Establecer y/o reforzar un sistema nacional de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas que incluya la función de alerta temprana para detectar patógenos epidemiológicos y pandémicos y el seguimiento del consumo de antimicrobianos, y garantizar que los establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria (como mínimo, los centros de derivación de pacientes) participen en las redes nacionales o internacionales de vigilancia de las IRAS y la RAM	1. Plan estratégico nacional para la vigilancia de las IRAS y la RAM conexas (centrado en las infecciones prioritarias, en función del contexto local) elaborado por un grupo técnico multidisciplinario (para 2026) en el contexto de un sistema de vigilancia más amplio 2. Sistema de vigilancia nacional/subnacional de las IRAS y la RAM conexas establecido (que incluye la función de alerta temprana para detectar patógenos epidemiológicos y pandémicos que causan IRAS) y que cuenta con el apoyo (incluso financiero) de las autoridades gubernamentales y nacionales/subnacionales (para 2028) 3. Proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que participan en la red nacional/subnacional o internacional de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas, si la hay 4. Proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas que incluye la función de alerta temprana para detectar patógenos epidemiológicos y pandémicos
Medida clave 3 Establecer y/o fortalecer un sistema de seguimiento de la higiene de manos en los establecimientos de atención de salud como indicador nacional clave	1. Seguimiento y retroinformación con respecto a la observancia de la higiene de manos definidos como indicador nacional clave, al menos para los hospitales de referencia (para 2026) 2. Programa nacional para mejorar la observancia de la higiene de manos en ejecución (para 2026) 3. Sistema nacional de seguimiento de la higiene de manos (observancia o consumo de productos) establecido y aplicado (para 2028) 4. Proporción de establecimientos de atención de salud en todos los niveles que hacen un seguimiento de la higiene de manos y proporcionan datos por medio del sistema nacional
Medida 4 Integrar los indicadores y los datos sobre PCI y sobre IRAS en los sistemas nacionales de información y acreditación de salud y/u otras actividades pertinentes de mejora de la calidad	1. Datos sobre PCI e IRAS incluidos como criterios clave en los sistemas nacionales de sistemas de acreditación de la atención de salud y/u otras actividades pertinentes de mejora de la calidad (para 2028) 2. Datos sobre PCI e IRAS incluidos en el sistema de información de la gestión de la atención de salud (para 2028)

<i>Medida 5</i> Garantizar la capacitación y los conocimientos técnicos en la recogida, el análisis, la interpretación y la notificación de los datos con el fin de aumentar al máximo la precisión y la calidad de los datos	1. Programa de capacitación establecido para la recogida, el análisis, la interpretación y la notificación de los datos sobre PCI, IRAS y consumo de antimicrobianos (para 2026) 2. Cursos nacionales de capacitación organizados periódicamente (para 2028)
<i>Medida 6</i> Apoyar las actividades de los establecimientos de atención de salud relacionadas con la PCI, las IRAS y el consumo de antimicrobianos en las áreas de análisis, notificación/retroinformación e interpretación de los datos para facilitar la elaboración de planes locales de mejora y su actualización	1. Informes periódicos de los datos sobre PCI, IRAS y consumo de antimicrobianos elaborados y compartidos con los trabajadores y administradores de atención de salud (para 2026) 2. Planes de acción locales elaborados/actualizados periódicamente a la luz de los datos notificados (para 2028)
A nivel de establecimientos de salud	
<i>Medida 1</i> Elaborar planes de aplicación y proporcionar recursos (humanos y financieros) para cumplir todos los requisitos mínimos de la OMS sobre vigilancia de las IRAS según el nivel de establecimientos de salud y para cumplir progresivamente todos los requisitos del componente básico 4 sobre vigilancia de las IRAS	1. Porcentaje de requisitos mínimos de la OMS sobre vigilancia de las IRAS cumplidos (solo para los establecimientos de atención terciaria y secundaria)
<i>Medida 2</i> Elaborar planes de aplicación y proporcionar recursos (humanos y financieros) para cumplir todos los requisitos mínimos de la OMS sobre seguimiento y retroinformación de la PCI según el nivel de establecimientos de salud y para cumplir progresivamente todos los requisitos del componente básico 6 sobre estrategias multimodales para realizar actividades de PCI	1. Porcentaje de requisitos mínimos de la OMS sobre seguimiento y retroinformación de la PCI cumplidos

Orientación estratégica 5 - Metas mundiales e indicadores conexos	
Meta adicional	<i>Proporción de países que presentan notificaciones anuales a través del portal de PCI de la OMS</i> Aumento de la proporción de países que presentan notificaciones anuales a través del portal de PCI de la OMS al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

Meta adicional	<i>Proporción de países con un sistema nacional de seguimiento de la PCI</i> Aumento de la proporción de países con un sistema nacional de seguimiento de la PCI al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Meta principal 8 /ocho primeras metas mundiales	<i>Proporción de países con un sistema nacional de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas que incluye el alerta temprana para detectar patógenos epidemiológicos y pandémicos que causan IRAS</i> Aumento de la proporción de países con un sistema nacional de vigilancia de las IRAS y la RAM al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Orientación estratégica 5 - Metas nacionales e indicadores conexos	
Meta adicional	<i>Proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de seguimiento de la PCI para la recogida, el análisis y la retroinformación de los datos</i> Aumento de la proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de seguimiento de la PCI al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030
Meta principal 4 /cuatro primeras metas nacionales	<i>Proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas que incluye la función de alerta temprana para detectar patógenos epidemiológicos y pandémicos</i> Aumento de la proporción de establecimientos de atención de salud terciaria/secundaria que cuentan con un sistema de vigilancia de las IRAS y la RAM conexas al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

Meta adicional	<i>Proporción de establecimientos de atención de salud en todos los niveles que hacen un seguimiento de la higiene de manos y proporcionan datos por medio del sistema nacional</i> Aumento de la proporción de establecimientos de atención de salud que hacen un seguimiento de la higiene de manos y proporcionan datos por medio del sistema nacional al: 30 % para 2026 60 % para 2028 >90 % para 2030
----------------	---

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 6. PROMOCIÓN Y COMUNICACIONES

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
<i>Medida clave 1</i> Elaborar y aplicar una estrategia nacional de promoción y comunicación de la PCI y un plan de aplicación (independientes o como parte de estrategias más amplias, por ejemplo, sobre RAM, seguridad del paciente o ASH), en consonancia con la Estrategia Mundial de la OMS sobre Prevención y Control de Infecciones, que incluyan la participación de promotores locales y de la comunidad	1. Estrategia nacional de promoción y comunicación y plan de aplicación, que incluyan la designación de expertos y promotores locales, elaborados y aplicados (para 2026)
<i>Medida 2</i> Establecer un programa de capacitación sobre promoción y comunicación de riesgos y participación comunitaria para los especialistas y promotores en materia de PCI	1. Programa nacional de capacitación sobre promoción y comunicaciones en materia de PCI elaborado (para 2028)
<i>Medida 3</i> Organizar campañas nacionales de comunicación sobre temas prioritarios relacionados con la PCI y participar en el Día Mundial de la Higiene de Manos de la OMS en calidad de país que cuenta con iniciativas nacionales	1. Campañas nacionales sobre temas prioritarios relacionados con la PCI organizadas anualmente 2. Iniciativa nacional para participar en el Día Mundial de la Higiene de Manos, que se celebra anualmente 3. Proporción de establecimientos de salud que participan en el Día Mundial de la Higiene de Manos con actividades locales y/o que participan en eventos nacionales

A nivel de establecimientos de salud	
Medida clave 1 Organizar eventos y/o comunicaciones y campañas sobre temas prioritarios relacionados con la PCI (por ejemplo, higiene de manos, RAM y ASH), que incluyan la participación de los pacientes y de la comunidad	1. Organización de como mínimo un evento/unas comunicaciones al año
Medida clave 2 Participar en el Día Mundial de la Higiene de Manos de la OMS	1. Actividades organizadas cada año para el Día Mundial de la Higiene de Manos de la OMS

Orientación estratégica 6 - Meta mundial e indicador conexo	
Meta adicional	<i>Proporción de países que cuentan con una estrategia nacional de promoción y comunicaciones y un plan de aplicación</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con una estrategia nacional de promoción y comunicaciones y un plan de aplicación al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 7. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Elaborar un programa nacional de investigación sobre PCI específico para cada país y definir las prioridades nacionales en materia de PCI (independientes o como parte de estrategias más amplias, como, por ejemplo, las relativas a la RAM, la seguridad del paciente y ASH), que se hayan adaptado del programa mundial de investigación y que incluyan un enfoque multisectorial y multidisciplinario	1. Programa nacional de investigación sobre PCI elaborado y prioridades nacionales en materia de PCI definidas
Medida clave 2 Priorizar, financiar y aplicar proyectos de investigación sobre PCI en determinados establecimientos de salud, de acuerdo con las prioridades locales	1. Número de publicaciones científicas/informes disponibles públicamente de aparición bienal acerca de los resultados de las investigaciones realizadas sobre temas prioritarios relacionados con la PCI

A nivel de establecimientos de salud	
Medida clave 1 Buscar fondos de investigación para proyectos sobre la PCI, de acuerdo con las prioridades del establecimiento de salud	1. Propuestas de subvención presentadas para proyectos de investigación sobre la PCI
Medida clave 2 Aplicar proyectos de investigación sobre la PCI y notificar los resultados	

Orientación estratégica 7 - Meta mundial e indicador conexo	
Meta adicional	<i>Proporción de países que cuentan con un programa nacional de investigación sobre la PCI</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con un programa nacional de investigación sobre la PCI al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 8. COLABORACIÓN Y APOYO DE LAS PARTES INTERESADAS

Medida	Indicador(es)
A nivel nacional	
Medida clave 1 Determinar la cartografía de los asociados, las sociedades profesionales, las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios y de defensa del paciente nacionales y las organizaciones internacionales pertinentes para la PCI, adoptando un enfoque multisectorial y multidisciplinario	1. Ejercicio de cartografía nacional realizado y disponible (para 2026) y mecanismos en marcha para las actualizaciones periódicas 2. Programa nacional de colaboración para mejorar el programa de colaboración sobre la PCI elaborado (para 2028) 3. Perfiles de las partes interesadas nacionales relacionadas con la PCI (como organizaciones, sociedades, asociados y donantes que apoyan la PCI y/o trabajan en ella) actualizados periódicamente (para 2030)

Medida clave 2 Fomentar y poner en marcha actividades y/o iniciativas de múltiples partes interesadas, de acuerdo con las necesidades de cada país e incluyendo el intercambio de datos sobre PCI, IRAS, RAM y ASH	1. Proporción de países que cuentan con un equipo de tareas multisectorial que se centra especialmente en la PCI y ASH en los establecimientos de atención de salud 2. Número de actividades conjuntas de PCI con las partes interesadas en la PCI nacionales en consonancia con el plan nacional y las necesidades y el contexto locales (para 2030)
A nivel de establecimientos de salud	
Medida clave 1 Buscar la colaboración, la creación de redes y la asociación con otros establecimientos de atención de salud y sociedades nacionales de PCI (si las hay) para apoyar la aplicación de la PCI	1. Proporción de proyectos colaborativos o multidisciplinarios, eventos para la creación de redes o asociaciones establecidas

Orientación estratégica 8 - Meta mundial e indicador conexo	
Meta adicional	<i>Proporción de países que cuentan con un equipo de tareas nacional multisectorial/multipartito que se centra especialmente en la PCI y ASH en la atención de salud</i> Aumento de la proporción de países que cuentan con un equipo de tareas nacional multisectorial/multipartito que se centra especialmente en la PCI y ASH en los establecimientos de atención de salud al: 30 % para 2026 50 % para 2028 >80 % para 2030

ANEXO 4

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud

Resolución WHA77.2 Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.1.1 Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales. 1.1.4 Se habrá fortalecido la capacidad de gobernanza sanitaria de los países para mejorar la transparencia, la rendición de cuentas, la capacidad de respuesta y el empoderamiento de las comunidades.
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Seis años.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 53,92 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 11,26 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 18,55 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 24,11 millones.

- 5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
USD 2,88 millones.
 - **Déficit de financiación restante en el bienio actual:**
USD 8,38 millones.
 - **Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
Se están estudiando distintas opciones para cubrir el déficit de financiación:
 - recursos disponibles a nivel de los países para la participación social, en relación tanto con los recursos humanos como con las actividades, que todavía no se han contabilizado entre los recursos disponibles para el bienio actual;
 - fondos procedentes de la Alianza en pro de la Cobertura Sanitaria Universal en su fase de aplicación actual, la cuarta, y recursos adicionales previstos en la quinta fase, que comenzará en 2025;
 - fuentes de financiación por conducto de la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030;
 - otras fuentes de financiación, teniendo en cuenta la dimensión transversal de la participación social como parte de la gobernanza para la salud; y
 - estudiar nuevas oportunidades de financiación por parte de Estados Miembros copatrocinadores de la resolución.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	2,42	1,00	0,81	0,91	0,73	1,25	1,17	8,31
	Actividades	0,80	0,35	0,20	0,30	0,25	0,55	0,50	2,95
	Total	3,22	1,35	1,01	1,21	0,98	1,80	1,67	11,26
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	4,54	1,61	1,52	1,47	1,37	2,02	1,22	13,75
	Actividades	1,50	0,56	0,37	0,48	0,47	0,89	0,52	4,79
	Total	6,04	2,17	1,90	1,96	1,84	2,91	1,74	18,55
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	5,90	2,09	1,98	1,92	1,78	2,63	1,59	17,88
	Actividades	1,95	0,73	0,49	0,63	0,61	1,15	0,68	6,23
	Total	7,85	2,82	2,47	2,55	2,39	3,78	2,26	24,11

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.3	Fortalecimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial antes, durante y después de los conflictos armados, los desastres naturales y provocados por el ser humano y las emergencias sanitarias y de otro tipo
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables 4.1.3. Fortalecimiento de la base de datos empíricos, del establecimiento de prioridades y de la adopción de las normas y criterios generadas por la OMS, y mejoramiento de la capacidad de investigación y de los medios destinados a extender de manera eficaz y sostenible las innovaciones, en particular la tecnología digital, en los países
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Diez años (2024-2033).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 123,42 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 22,79 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 23,70 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 76,93 millones.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 12,48 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 10,31 millones.

– **Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**

Varios donantes han estado financiando la labor de la OMS en materia de salud mental en emergencias humanitarias, entre otros, por orden alfabético: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, el Banco Mundial, el Canadá, la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, Francia, Humanitarian Relief Society, el Japón, Kuwait, el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, el Ministerio de Relaciones Exteriores del *Commonwealth* y de Desarrollo del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Ministerio de Relaciones Exteriores del Reino de los Países Bajos, la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia Humanitaria, y el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo.

La formulación de nuevas propuestas y las negociaciones con donantes adicionales proseguirán durante los próximos años.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	5,66	1,03	1,17	1,24	4,16	0,77	2,17	16,19
	Actividades	3,00	0,20	0,40	0,40	1,60	0,20	0,80	6,60
	Total	8,66	1,23	1,57	1,64	5,76	0,97	2,97	22,79
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	5,88	1,07	1,21	1,28	4,32	0,80	2,26	16,83
	Actividades	3,12	0,21	0,42	0,42	1,66	0,21	0,83	6,86
	Total	9,00	1,28	1,63	1,70	5,99	1,01	3,09	23,70
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	19,10	3,47	3,94	4,17	14,04	2,60	7,33	54,65
	Actividades	10,13	0,68	1,35	1,35	5,40	0,68	2,70	22,28
	Total	29,23	4,15	5,29	5,52	19,44	3,27	10,03	76,93

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.4 Aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas 1.1.3. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de atender las necesidades específicas de salud de los grupos poblacionales y eliminar los obstáculos a la equidad a lo largo del curso de la vida 1.3.3. Se habrá fortalecido la capacidad de reglamentación en los países y las regiones y se habrá mejorado el suministro de productos de salud seguros y de calidad garantizada, entre otras cosas a través de los servicios de precalificación
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Dos años (junio de 2024 – mayo de 2026).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 4,37 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 4,37 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.

- 5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
USD 1,20 millones.
 - **Déficit de financiación restante en el bienio actual:**
USD 3,17 millones.
 - **Estimación de los recursos que se están movilizandando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
Se está trabajando para aumentar los recursos a través de la colaboración con China y Qatar, que han expresado interés por apoyar el programa de trasplantes.
También se está examinando una iniciativa conjunta con la UNODC para movilizar financiación para proyectos específicos sobre tráfico de órganos.

A través de la cooperación con la Unión Europea en cuanto a su labor para implementar la política europea de vecindad, se están adoptando medidas para estudiar la posibilidad de obtener fondos de desarrollo para prestar apoyo a los países que tienen fronteras con la Unión Europea.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	1,36	2,87
	Actividades	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,66	1,50
	Total	0,45	0,40	0,36	0,40	0,36	0,38	2,02	4,37
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Resolución WHA77.5 Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.1.3. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de atender las necesidades específicas de salud de los grupos poblacionales y eliminar los obstáculos a la equidad a lo largo del curso de la vida
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Seis años (2024-2030).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 721,00 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 184,00 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 203,00 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 334,00 millones.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 40,00 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 144,00 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Se están movilizando recursos adicionales de donantes bilaterales, como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y de fundaciones filantrópicas, como la Fundación Bill y Melinda Gates.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	15,00	4,00	4,00	2,50	6,00	4,00	13,00	48,50
	Actividades	37,00	4,50	30,00	2,00	40,00	6,00	16,00	135,50
	Total	52,00	8,50	34,00	4,50	46,00	10,00	29,00	184,00
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	17,00	4,00	4,00	3,00	7,00	4,00	14,00	53,00
	Actividades	41,00	5,00	33,00	2,00	44,00	7,00	18,00	150,00
	Total	58,00	9,00	37,00	5,00	51,00	11,00	32,00	203,00
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	27,00	7,00	7,00	5,00	11,00	7,00	24,00	88,00
	Actividades	67,00	8,00	54,00	4,00	73,00	11,00	29,00	246,00
	Total	94,00	15,00	61,00	9,00	84,00	18,00	53,00	334,00

Resolución WHA77.6	Resistencia a los antimicrobianos: acelerar las respuestas nacionales y mundiales
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.3.5 Los países estarán habilitados para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos mediante el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención y control de infecciones, la concienciación y las políticas y prácticas basadas en datos probatorios
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Once años (2025-2035).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 503,25 millones.

2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 41,03 millones. Solo se han incluido los costos previstos para 2025 con el fin de ajustarse al calendario estimado.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: USD 85,34 millones.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD: USD 376,88 millones.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 10,22 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 30,81 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: USD 23,00 millones. Asociados que apoyan la labor de la OMS en materia de resistencia a los antimicrobianos: Alemania, Alianza Mundial para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos, Arabia Saudita, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América), Comisión Europea, Dinamarca, Fondo Fleming (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Fundación Asia-Europa, Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores, Francia, Japón, Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo, Países Bajos (Reino de los) y República de Corea.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	2,31	1,20	1,95	1,85	1,22	1,00	11,90	21,41
	Actividades	1,95	1,43	1,95	2,36	1,74	1,13	9,06	19,61
	Total	4,26	2,63	3,89	4,21	2,96	2,13	20,95	41,03
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	4,80	2,49	4,05	3,84	2,54	2,07	24,74	44,54
	Actividades	4,06	2,98	4,05	4,91	3,61	2,35	18,84	40,80
	Total	8,86	5,47	8,10	8,75	6,15	4,42	43,58	85,34
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	21,20	11,01	17,87	16,96	11,22	9,16	109,27	196,70
	Actividades	17,94	13,14	17,89	21,68	15,95	10,36	83,21	180,18
	Total	39,14	24,15	35,77	38,64	27,17	19,52	192,48	376,88

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.7 Fortalecimiento de la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	2.1.1. Se habrán evaluado y notificado las capacidades de los países en materia de preparación frente a emergencias provocadas por todo tipo de peligros 2.1.2. Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Seis años (2024-2030).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 33,59 millones.

2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 9,17 millones.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: USD 9,54 millones.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD: USD 14,88 millones.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 1,49 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 7,68 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Se están manteniendo conversaciones para movilizar USD 9,8 millones de un donante durante un periodo de cuatro años. También están en marcha otras iniciativas de movilización.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	1,39	0,81	0,42	0,54	0,63	0,46	2,35	6,59
	Actividades	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,54	2,58
	Total	1,73	1,15	0,76	0,88	0,97	0,80	2,89	9,17
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	1,45	0,84	0,43	0,57	0,65	0,47	2,44	6,85
	Actividades	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,56	2,68
	Total	1,80	1,19	0,79	0,92	1,01	0,83	3,00	9,54
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	2,26	1,31	0,67	0,88	1,02	0,74	3,81	10,69
	Actividades	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,88	4,19
	Total	2,81	1,86	1,23	1,43	1,57	1,29	4,69	14,88

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.8 Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias provocadas por desastres derivados de peligros naturales	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	2.1.1 Se habrán evaluado y notificado las capacidades de los países en materia de preparación frente a emergencias provocadas por todo tipo de peligros 2.1.2 Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países 2.1.3 Los países estarán en estado de disposición operativa para evaluar y gestionar los riesgos y vulnerabilidades que se detecten
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Siete años (2024-2030 inclusive).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 45,68 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 12,69 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 13,20 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 19,79 millones.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 4,11 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 8,58 millones.

- Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

La Secretaría trabaja activamente con varios donantes para movilizar recursos, incluidos Estados Miembros y otros asociados.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,62	0,51	0,44	0,53	0,45	0,45	1,57	4,56
	Actividades	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,83	8,12
	Total	1,67	1,56	1,49	1,58	1,50	1,50	3,41	12,69
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,46	1,64	4,74
	Actividades	1,09	1,09	1,09	1,09	1,09	1,09	1,91	8,46
	Total	1,73	1,62	1,55	1,64	1,55	1,56	3,54	13,20
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal	0,96	0,80	0,69	0,82	0,69	0,74	2,40	7,10
	Actividades	1,64	1,64	1,64	1,64	1,64	1,64	2,86	12,69
	Total	2,60	2,44	2,33	2,46	2,33	2,38	5,26	19,79

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.9	Iniciativa Mundial de Salud y Paz
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	2.3.2. Se habrá respondido rápidamente a las emergencias sanitarias agudas aprovechando las capacidades nacionales e internacionales pertinentes 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Seis años.

B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 15,19 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 2,31 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 6,31 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 6,57 millones.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 0,04 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 2,27 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizandando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: USD 1,00 millones de distintos donantes interesados.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,18	0,08	0,02	0,05	0,08	0,01	0,27	0,69
	Actividades	0,35	0,25	0,10	0,15	0,25	0,08	0,44	1,62
	Total	0,53	0,33	0,12	0,20	0,33	0,09	0,71	2,31
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	0,53	0,21	0,04	0,10	0,38	0,02	0,54	1,82
	Actividades	1,20	0,75	0,20	0,30	1,00	0,16	0,88	4,49
	Total	1,73	0,96	0,24	0,40	1,38	0,18	1,42	6,31
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,55	0,22	0,04	0,10	0,40	0,02	0,56	1,89
	Actividades	1,25	0,78	0,21	0,31	1,04	0,17	0,92	4,68
	Total	1,80	1,00	0,25	0,41	1,44	0,19	1,48	6,57

Resolución WHA77.11 Licencia parental	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicarían esta resolución:	4.3.2. Se habrán gestionado y desarrollado con eficacia y eficiencia los recursos humanos para atraer, contratar y fidelizar a personal experto para la satisfactoria ejecución de los programas
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Las modificaciones pertinentes del Estatuto del Personal entrarán en vigor el 1 de enero de 2024. No hay una fecha límite definida para la aplicación.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	Los recursos necesarios para la resolución ya están incluidos en las previsiones del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado. Todos los requisitos en materia de recursos para aplicar la resolución estarían cubiertos dentro de los costos medios de los puestos que constituyen la base de la planificación de personal para el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado. Dado que los costos medios se reparten entre todos los resultados y todos los niveles de la Organización, los recursos adicionales requeridos para esta resolución ya están cubiertos dentro del mismo presupuesto por programas 2024-2025 aprobado.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.

5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos que se están movilizandando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.
--

Resolución WHA77.12 Fortalecimiento de la salud y el bienestar a través de eventos deportivos	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución: 2.1.3. Los países estarán operacionalmente preparados para evaluar y gestionar los riesgos y las vulnerabilidades identificados 2.3.2. Se habrá respondido rápidamente a las emergencias sanitarias agudas aprovechando las capacidades nacionales e internacionales pertinentes 3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgo a través de acciones multisectoriales 3.2.2. Los países estarán habilitados para reforzar las alianzas entre sectores, así como los mecanismos de gobernanza, las leyes y las medidas fiscales	
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado: No se aplica.	
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado: No se aplica.	
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución: Seis años y medio, desde julio de 2024 hasta diciembre de 2030.	
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD: USD 28,85 millones.	
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 8,35 millones. Esta cifra no incluye los gastos de personal o los costos de las actividades asociados a la prestación de asistencia técnica para un evento específico o los recursos para actividades de intervención en eventos deportivos concretos en el bienio 2024-2025. Estos tipos de asistencia se prestarían a petición de los Estados Miembros, y precisarían de recursos adicionales distintos, sobre la base de los requisitos del evento deportivo o del contexto en cuestión. A fin de responder a tales peticiones de los Estados Miembros, sería necesaria una movilización de recursos adicional.	

2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: USD 7,97 millones. La nota que figura en la sección B.2.a también es aplicable aquí.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD: USD 12,53 millones para el bienio 2028-2029 y el año 2030. La nota que figura en la sección B.2.a también es aplicable aquí.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: USD 1,12 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 7,23 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Están en marcha actividades de movilización de recursos vehiculadas a través de conversaciones con los Estados Miembros, en particular con aquellos Estados Miembros que ya se han postulado o que prevén postularse para albergar, en el futuro, eventos deportivos regionales e internacionales, con el objetivo de apoyar la labor técnica general así como la asistencia técnica para el evento en cuestión. Además, se están llevando a cabo actividades de extensión para presentar el programa de trabajo que se describe en la resolución a otras partes interesadas.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,46	0,38	0,33	0,40	0,33	0,35	2,72	4,98
	Actividades	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	2,68	3,37
	Total	0,58	0,50	0,45	0,51	0,45	0,47	5,41	8,35
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	0,45	0,37	0,32	0,38	0,32	0,34	2,29	4,46
	Actividades	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	2,79	3,51
	Total	0,56	0,49	0,44	0,50	0,44	0,46	5,08	7,97
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,70	0,58	0,50	0,60	0,51	0,54	3,62	7,05
	Actividades	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	4,35	5,47
	Total	0,89	0,77	0,69	0,79	0,69	0,73	7,97	12,53

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.13 Aspectos económicos de la salud para todos	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	1.2.1. Los países estarán habilitados para formular y aplicar estrategias de financiación sanitaria equitativa y reformas para sostener los progresos hacia la cobertura sanitaria universal 1.2.2. Se habrá capacitado a los países para generar y analizar información sobre protección contra los riesgos financieros, la equidad y los gastos en atención de salud, así como para utilizar esa información con el fin de efectuar el seguimiento de los progresos realizados y orientar la adopción de decisiones 1.2.3. Los países estarán habilitados para mejorar su capacidad institucional con objeto de adoptar decisiones de forma transparente sobre el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos, y para analizar las repercusiones del sector de la salud en la economía nacional 3.2.2. Los países estarán habilitados para reforzar las alianzas entre sectores, así como los mecanismos de gobernanza, las leyes y las medidas fiscales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Seis años (2024-2030).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	USD 50,07 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 8,38 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 16,28 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	USD 25,41 millones.

- 5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
USD 0,64 millones.
 - **Déficit de financiación restante en el bienio actual:**
USD 7,74 millones.
 - **Estimación de los recursos que se están movilizand o actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
Se han adoptado medidas para movilizar financiación para el Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos y para la labor de difusión posterior al Consejo.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,97	0,27	0,18	0,91	0,20	0,29	1,82	4,64
	Actividades	0,42	0,26	0,08	0,48	0,10	0,40	2,00	3,74
	Total	1,39	0,53	0,26	1,39	0,30	0,69	3,82	8,38
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	2,03	0,56	0,38	1,90	0,41	0,59	2,63	8,50
	Actividades	0,87	0,54	0,17	1,00	0,21	0,83	4,16	7,78
	Total	2,90	1,11	0,54	2,90	0,62	1,43	6,79	16,28
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal	3,16	0,88	0,59	2,97	0,64	0,93	4,11	13,28
	Actividades	1,36	0,84	0,26	1,56	0,32	1,30	6,49	12,13
	Total	4,52	1,72	0,84	4,53	0,97	2,23	10,60	25,41

Resolución WHA77.14 Cambio climático y salud	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	3.3.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes sociales de la salud a lo largo del curso de la vida, incluido el cambio climático
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución: Doce meses (2024-2025). El cronograma para preparar los documentos solicitados e informar a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2025, es de 12 meses, al igual que la labor continuada de creación de capacidad y prestación de apoyo a los Estados Miembros.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD: USD 27,60 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 27,60 millones. 2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD: No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: - USD 20,00 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: - USD 7,60 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: La Secretaría sigue en conversaciones con los Estados Miembros, los organismos de desarrollo y las organizaciones filantrópicas a fin de garantizar el apoyo financiero para la labor de liderazgo, técnica y de apoyo a los países que lleva a cabo la Organización sobre esta cuestión. También cuenta con una cartera continua de solicitudes a instituciones financieras que trabajan en la esfera del clima para la implementación de proyectos a nivel de los países, que constituye el componente más importante de la labor que lleva a cabo la OMS en materia de cambio climático y salud.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	2,32	0,91	0,28	0,97	1,16	0,94	1,93	8,50
	Actividades	1,91	2,53	0,15	0,45	1,76	10,65	1,65	19,09
	Total	4,23	3,44	0,42	1,42	2,92	11,58	3,58	27,60
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA77.15 Armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	4.2.1. Se habrán mejorado el liderazgo, la gobernanza y las relaciones exteriores para aplicar el 13.º PGT y generar impacto de forma armonizada en los países, tomando como base las comunicaciones estratégicas y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Indeterminado. En consonancia con la resolución ES-10/23 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada el 10 de mayo de 2024.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos totales presupuestados requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	Ninguno.

2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: Ninguno.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: No se aplica.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD: No se aplica.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

13.º PGT: 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025.

Resolución WHA77.16 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicarían esta resolución:	2.3.1. Se habrán detectado rápidamente las posibles emergencias sanitarias y se habrán evaluado y comunicado los riesgos. 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables.
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Cuatro meses (de enero a mayo de 2024).

B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:	Ninguno. Las actividades que se han solicitado para aplicar la resolución incumben al ámbito de las disposiciones de la resolución EBSS7.R1 (2023). Las repercusiones financieras y administrativas conexas a dichas actividades figuran en el documento EBSS/7/CONF./1 Add.1.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Resolución WHA77.17	Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública mediante enmiendas específicas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:	2.1.1. Se habrán evaluado y notificado las capacidades de los países en materia de preparación frente a emergencias provocadas por todo tipo de peligros 2.2.3. Se habrá mitigado el riesgo de emergencia y reemergencia de patógenos de gran peligrosidad y se habrá mejorado la preparación para pandemias 2.3.1. Se habrán detectado rápidamente las posibles emergencias sanitarias y se habrán evaluado y comunicado los riesgos
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.

3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:
Seis años, al menos hasta 2030 para poner en práctica las peticiones específicas al Director General que figuran en la resolución.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la resolución, en millones de USD:
USD 26,83 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
USD 9,55 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:
USD 6,75 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:
USD 10,53 millones (hasta 2030).
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:
– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
Actualmente, los recursos no están disponibles y sería necesario movilizarlos.
– Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 9,55 millones.
– Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Las promesas de contribuciones están en marcha; la recaudación de fondos continúa.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	4,90	6,40
	Actividades	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	1,34	3,14
	Total	0,61	0,56	0,52	0,56	0,52	0,54	6,24	9,55
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	—	—	—	—	—	—	—	—
	Actividades	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total	—	—	—	—	—	—	—	—
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,85	4,99
	Actividades	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,83	1,76
	Total	0,80	0,69	0,61	0,70	0,62	0,65	2,68	6,75
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	2,89	7,78
	Actividades	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	1,29	2,75
	Total	1,24	1,07	0,96	1,10	0,97	1,01	4,18	10,53

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA77(8)	Elaboración de una estrategia y un plan de acción mundiales para la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias, 2026-2035
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales 1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, vulnerables y afectados por conflictos
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Tres años. El proyecto de estrategia mundial para la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias, 2026-2035 se presentará para su examen por la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.^a reunión, y posteriormente se traducirá en un plan de acción.

B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	Ninguno. Se han calculado los costos de las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la resolución WHA76.2 (2023) relativa a la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias (véase el anexo 3 del extracto del documento WHA76/2023/REC/1 elaborado para su examen por el Consejo Ejecutivo en su 154. ^a reunión).
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA77(9)	Plan de Acción Mundial y Marco de Seguimiento sobre Prevención y Control de Infecciones
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión en caso de adoptarse:	1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.

3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:
Desde mediados de 2024 hasta finales de 2031 inclusive (7,5 años).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:
USD 42,82 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
USD 10,19 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:
USD 10,59 millones.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD:
USD 22,04 millones.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 3,585 millones.
– Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 6,605 millones.
– Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
El equipo mundial de prevención y control de las infecciones (Sede de la OMS y todas las oficinas regionales) prevé poner en marcha una iniciativa de movilización de recursos con los asociados mundiales en materia de salud para sensibilizar sobre la aplicación de Plan de Acción Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones y de su Marco de Seguimiento, y financiar las asignaciones conexas.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	1,45	1,05	0,82	1,12	0,86	0,62	1,27	7,17
	Actividades	0,45	0,37	0,40	0,40	0,40	0,53	0,47	3,02
	Total	1,90	1,42	1,22	1,52	1,26	1,14	1,74	10,19
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	1,50	1,09	0,85	1,16	0,89	0,64	1,32	7,46
	Actividades	0,47	0,38	0,42	0,42	0,42	0,55	0,49	3,14
	Total	1,97	1,48	1,27	1,58	1,31	1,19	1,81	10,59
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	3,13	2,27	1,77	2,42	1,85	1,33	2,74	15,51
	Actividades	0,97	0,80	0,87	0,87	0,87	1,14	1,02	6,52
	Total	4,10	3,07	2,64	3,28	2,72	2,47	3,76	22,04

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA77(10) Examen Universal de la Salud y la Preparación	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	2.1.1. Se habrán evaluado y notificado las capacidades de los países en materia de preparación frente a emergencias provocadas por todo tipo de peligros 2.1.2. Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países 2.1.3. Los países estarán en estado de disposición operativa para evaluar y gestionar los riesgos y vulnerabilidades que se detecten
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Veintidós meses. Se presentará un informe a la 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 156. ^a reunión.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	USD 16,08 millones.

2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 16,08 millones.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: No se aplica.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de USD: No se aplica.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: USD 5,00 millones. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 11,08 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Se prevé que puedan mobilizarse aproximadamente USD 4-6 millones con el apoyo de varios gobiernos y organismos gubernamentales. Continúan las actividades de recaudación.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	1,14	0,58	0,44	0,53	0,90	0,45	4,17	8,20
	Actividades	1,50	1,20	1,20	0,67	1,30	1,18	0,83	7,88
	Total	2,64	1,78	1,64	1,20	2,19	1,63	4,99	16,08
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA77(14) Actualización sobre el Fondo para Infraestructura	
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	4.3.4. Habrá un entorno seguro y protegido, con un mantenimiento eficiente de la infraestructura, servicios de apoyo costoeficaces y una cadena de suministro resolutive, incluidas la salud y la seguridad ocupacionales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Treinta y seis meses (enero de 2025 – diciembre de 2027).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos totales presupuestados requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	USD 8,15 millones. Esta decisión está relacionada con la aprobación del uso del Fondo para Infraestructura como sigue: USD 3,8 millones para la construcción de una nueva oficina de la OMS en el país en Yuba y USD 3,7 millones para la demolición y reconstrucción del edificio de la oficina en el país en Kabul, además de los costos de supervisión. Estas cantidades se han incluido en el plan de mejoras global.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 7,93 millones, en el entendimiento de que los costos de reconstrucción se considerarán en su totalidad para el bienio 2024-2025.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	USD 0,22 millones, asumiendo únicamente los costos de supervisión.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: Se utilizará el Fondo para Infraestructura para sufragar los costos de construcción. Los costos de personal se sufragarán mediante fondos flexibles.

– **Déficit de financiación restante en el bienio actual:**

No se aplica.

– **Estimación de los recursos que se están movilizand o actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**

No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,20	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,05	0,43
	Actividades	3,80	0,00	0,00	0,00	3,70	0,00	0,00	7,50
	Total	4,00	0,00	0,00	0,00	3,88	0,00	0,05	7,93
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,03	0,22
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,03	0,22
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal								
	Actividades								
	Total								

Decisión WHA77(16) Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:

1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales

1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas

2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:

No se aplica.

3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:

No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:

Seis años.

B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos totales presupuestados requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	Ninguno. Esta decisión pide que se sigan presentando informes acerca de las actividades de la OMS encaminadas a fortalecer los servicios de salud integrados y centrados en la persona como parte de los informes que deben presentarse bienalmente, hasta 2030, acerca de los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA72.2 (2019) sobre la atención primaria de salud. Véase el anexo 9 del documento WHA72/2019/REC/1 para las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de dicha resolución.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA77(17)	Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	2.3.2 Se habrá respondido rápidamente a las emergencias sanitarias agudas aprovechando las capacidades nacionales e internacionales pertinentes
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.

3.	Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado: No se aplica.
4.	Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión: Doce meses.
B.	Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1.	Recursos totales presupuestados requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD: USD 114,00 millones.
2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: Ninguno. Esta decisión se aplicaría a través del segmento presupuestario de operaciones y llamamientos de emergencia.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 114,00 millones, ejecutados a través del segmento presupuestario de operaciones y llamamientos de emergencia.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: No se aplica.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD: No se aplica.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: USD 30,00 millones disponibles y USD 15,00 millones en promesas firmes. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 69,00 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizand o actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: USD 15,00 millones en promesas firmes, como se ha indicado anteriormente. Siguen en curso las iniciativas de movilización de recursos para subsanar el déficit que todavía existe.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	20,00
	Actividades	0,00	0,00	0,00	94,00	0,00	0,00	0,00	94,00
	Total	0,00	0,00	0,00	114,00	0,00	0,00	0,00	114,00
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienes futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Decisión WHA77(18)	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	2.3.1. Se habrán detectado rápidamente las posibles emergencias sanitarias y se habrán evaluado y comunicado los riesgos 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Ocho meses (de mayo de 2024 a diciembre de 2024).
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos totales presupuestados requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	USD 497,70 millones (en consonancia con el Plan de Respuesta Operacional para el territorio palestino ocupado (abril-diciembre de 2024)), con operaciones continuas de respuesta de emergencia en mayo de 2024.

2.a	Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: Ninguno. Esta decisión se aplicaría a través del segmento presupuestario de operaciones y llamamientos de emergencia.
2.b	Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD: USD 497,70 millones, con respuesta continua de emergencia en mayo de 2024.
3.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD: No se aplica.
4.	Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD: No se aplica.
5.	Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se han recibido fondos para la respuesta continua en el marco del Plan de Respuesta Operacional para el territorio palestino ocupado (abril-diciembre de 2024). – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 497,70 millones. – Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Las promesas de contribuciones están en marcha; la recaudación de fondos continúa.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	15,00	0,00	1,00	16,00
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	475,70	0,00	6,00	481,70
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	490,70	0,00	7,00	497,70
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Decisión WHA77(20)	Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias
A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:	2.1.2. Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países 2.3.1. Se habrán detectado rápidamente las posibles emergencias sanitarias y se habrán evaluado y comunicado los riesgos 4.2.1. Se habrán mejorado el liderazgo, la gobernanza y las relaciones exteriores para aplicar el 13.º PGT y generar impacto de forma armonizada en los países, tomando como base las comunicaciones estratégicas y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2024-2025 que no pueda encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Un año (hasta mayo de 2025) para la aplicación de las peticiones específicas dirigidas al Director General, enunciadas en la decisión.
B. Consecuencias en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos presupuestados totales requeridos para aplicar la decisión, en millones de USD:	USD 10,24 millones.
2.a Estimación de los recursos requeridos que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	USD 10,24 millones.
2.b Estimación de los recursos requeridos adicionales a los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos requeridos que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:	No se aplica.
5. Recursos ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:	– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: En estos momentos no hay recursos disponibles y tendrían que movilizarse. – Déficit de financiación restante en el bienio actual: USD 10,24 millones.

– Estimación de los recursos que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

Las promesas de contribuciones están en marcha; la recaudación de fondos continúa.

13.º PGT: 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos requeridos (en millones de USD)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,24	4,24
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	6,00
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,24	10,24
B.2.b. 2024-2025 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–