



Organización Mundial de la Salud

78.ª Asamblea Mundial de la Salud

Ginebra, 19-27 de mayo de 2025

**Resoluciones y decisiones
Anexos**

Ginebra
2025

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

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 78.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palacio de las Naciones de Ginebra, del 19 al 27 de mayo de 2025, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 155.^a reunión.¹

¹ Decisión EB155(11) (2024).



Índice

	Página
Introducción	iii
Orden del día	ix
Lista de documentos	xviii
Presidencia y Vicepresidencias de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones ...	xxv

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

WHA78.1	Acuerdo de la OMS sobre Pandemias	3
WHA78.2	Presupuesto por programas 2026-2027	7
WHA78.3	Fortalecimiento de la base empírica de las medidas sociales y de salud pública	11
WHA78.4	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental	15
WHA78.5	Promoción y priorización de un enfoque integrado de la salud pulmonar	19
WHA78.6	Reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles promoviendo la salud renal y fortaleciendo la prevención y el control de la nefropatía	24
WHA78.7	Prevención primaria y atención integrada de las deficiencias sensoriales, incluidas la deficiencia visual y la pérdida de audición, a lo largo de la vida	29
WHA78.8	Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino	35
WHA78.9	Fomento de la conexión social para la salud mundial: el papel esencial de la conexión social en la lucha contra la soledad, el aislamiento social y las inequidades en salud	38
WHA78.10	Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la toma de decisiones basadas en la evidencia para la adopción y el impacto de normas y criterios	42

<u>WHA78.11</u>	Enfermedades raras: una prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión	45
<u>WHA78.12</u>	Fortalecimiento de la financiación de la salud en todo el mundo	54
<u>WHA78.13</u>	Fortalecimiento de la capacidad en materia de diagnóstico por imagen	60
<u>WHA78.14</u>	Aceleración de la erradicación de la dracunculosis	65
<u>WHA78.15</u>	Las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública mundial	68
<u>WHA78.16</u>	Aceleración de la acción respecto del personal de salud y asistencial mundial de aquí a 2030	72
<u>WHA78.17</u>	Incorporación del Día Mundial de la Prematuridad al calendario de la OMS.....	78
<u>WHA78.18</u>	Regulación de la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna.....	82
<u>WHA78.19</u>	Escala de contribuciones para 2026–2027	85
<u>WHA78.20</u>	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.....	90
<u>WHA78.21</u>	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: el Líbano	91
<u>WHA78.22</u>	Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General	92
<u>WHA78.23</u>	Hechos anteriores.....	93
<u>WHA78.24</u>	Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño 2012-2025: prórroga	93
<u>WHA78.25</u>	Reasignación de Indonesia de la Región de Asia Sudoriental a la Región del Pacífico Occidental	96
<u>WHA78.26</u>	Izado de las banderas de los Estados observadores no miembros en la Organización Mundial de la Salud.....	96
<u>WHA78.27</u>	Impulso del apoyo mundial a un futuro sin plomo	97
<u>WHA78.28</u>	Efectos de la guerra nuclear en la salud pública.....	102

Decisiones

<u>WHA78(1)</u>	Composición de la Comisión de Credenciales	104
<u>WHA78(2)</u>	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud	104
<u>WHA78(3)</u>	Elección de la Mesa de las comisiones principales.....	104
<u>WHA78(4)</u>	Establecimiento de la Mesa de la Asamblea	105
<u>WHA78(5)</u>	Adopción del orden del día.....	105
<u>WHA78(6)</u>	Verificación de credenciales	105
<u>WHA78(7)</u>	Elección de Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo	106
<u>WHA78(8)</u>	Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS.....	106
<u>WHA78(9)</u>	Notificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a Palestina	107
<u>WHA78(10)</u>	Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia	108
<u>WHA78(11)</u>	Un informe específico sobre salud mental para los órganos deliberantes de la OMS.....	110
<u>WHA78(12)</u>	Productos médicos de calidad subestándar y falsificados.....	111
<u>WHA78(13)</u>	Informe provisional del Grupo Consultivo de Expertos Encargado de Examinar la Pertinencia y Eficacia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud	111
<u>WHA78(14)</u>	Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2025-2034.....	111
<u>WHA78(15)</u>	Resistencia a los antimicrobianos	112
<u>WHA78(16)</u>	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	112
<u>WHA78(17)</u>	Informes programático y financiero de la OMS para 2024-2025, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2024	117
<u>WHA78(18)</u>	Suspensión parcial y temporal del párrafo 8.2 del artículo VIII del Reglamento Financiero	117
<u>WHA78(19)</u>	Informe del Comisario de Cuentas	118
<u>WHA78(20)</u>	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS	118

WHA78(21)	Prórroga de las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025 hasta 2030	119
WHA78(22)	Prórroga de la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 hasta 2027.....	119
WHA78(23)	Prórroga del Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025 hasta 2031	120
WHA78(24)	Reglamento Sanitario Internacional (2005): procedimiento para corregir errores en el texto del instrumento.....	120
WHA78(25)	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales	121
WHA78(26)	Actualización de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud.....	121
WHA78(27)	Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud (2025-2028).....	122

Anexos

1.	Acuerdo de la OMS sobre Pandemias	126
2.	Texto modificado del Estatuto del Personal	160
3.	Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS.....	161
4.	Procedimiento para corregir errores en el texto del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	173
5.	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud.....	175

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

Documento A78/1 Rev.1

2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 155.^a y 156.^a reuniones

Documento A78/2

3. Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General

Documento A78/3

4. [Suprimido]

5. [Suprimido]

6. Consejo Ejecutivo: elección

7. Premios

Documento A78/INF./1

8. Informes de las comisiones principales

9. Clausura de la Asamblea de la Salud

¹ Adoptado en la primera sesión plenaria.

Comisión A

10. Apertura de la Comisión¹

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

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

11.1 Reforma de la gobernanza

- Plan de aplicación de la reforma de la Secretaría (decisión WHA75(8) (2022))

Documento A78/4

- Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS (decisión WHA77(15) (2024))

Documentos A78/5 y A78/39

11.2 Proyecto de presupuesto por programas 2026–2027

Documentos A78/6, A78/6 Corr.1, A78/6 Add.1, A78/37 y A78/INF./8

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

12. Función del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la labor de la OMS relativa a la colaboración multipartita en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles: informe sobre la evaluación independiente

Documento A78/INF./2

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

13.1 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

- Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles fortaleciendo la prevención y el control de la diabetes (resolución WHA74.4 (2021))
- Salud bucodental (resolución WHA74.5 (2021))
- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (resolución WHA77.3 (2024) y decisión WHA74(14) (2021))

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030 (resolución WHA73.2 (2020))

Documentos A78/4, A78/4 Add.3 y EB156/2025/REC/1, decisiones EB156(18), EB156(19), EB156(20), EB156(21) y EB156(22)

13.2 Salud mental y conexión social

Documento A78/4

13.3 Cobertura sanitaria universal

- Atención primaria de salud

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisiones EB156(14), EB156(15), EB156(16) y EB156(17)

13.4 Enfermedades transmisibles

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisiones EB156(23) y EB156(24)

- Hoja de Ruta Mundial con miras a Derrotar la Meningitis para 2030

Documento A78/4

13.5 Productos médicos de calidad subestándar y falsificados

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

13.6 Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos

Documento A78/4

13.7 Trabajadores de la salud y asistenciales

- Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(26)

- Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(27)

13.8 Proyecto de estrategia mundial sobre medicina tradicional 2025-2034

Documentos A78/4, A78/4 Add.1 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(28)

13.9 Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisiones EB156(29) y EB156(30)

14. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Documento A78/7 Rev.1

15. Resistencia a los antimicrobianos

Documentos A78/8 y A78/8 Add.1

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

16. Preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias

- 16.1 Fortalecimiento de la arquitectura mundial para la prevención, preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias

Documento A78/9

- 16.2 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

Documentos A78/10, A78/10 Add.1, A78/10 Add.2 y A78/INF./9

- 16.3 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Documentos A78/11, A78/INF./6 y A78/INF./7

- 16.4 Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

Documento A78/12

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

- 17.1 Labor de la OMS en emergencias sanitarias

Documentos A78/13 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(31)

- 17.2 Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)

Documento A78/14

- 17.3 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental

Documentos A78/15 y EB156/2025/REC/1, resolución EB156.R3

- 17.4 Examen Universal de la Salud y la Preparación

Documento A78/4

- 17.5 Poliomielitis

Documento A78/4

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

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

18.1 [transferido a la Comisión B]

18.2 [transferido a la Comisión B]

18.3 [transferido a la Comisión B]

Comisión B

19. Apertura de la Comisión¹

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

Documento A78/16

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 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024

Documentos A78/17, A78/17 Add.1, A78/17 Add.2, A78/18, A78/36 y A78/INF./3

21.2 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025

Documentos A78/19, A78/20, A78/36 y A78/INF./4

21.3 Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS

Documentos A78/21 y A78/37

21.4 Escala de contribuciones 2026-2027

Documentos A78/22 y A78/38

21.5 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

Documentos A78/23 y A78/38

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

21.6 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos

Documentos A78/35 y A78/38

21.7 [Suprimido]

21.8 [Suprimido]

22. Asuntos de auditoría y supervisión

22.1 Informe del Comisario de Cuentas

Documentos A78/25 y A78/40

22.2 Informe del Auditor Interno

Documentos A78/26 y A78/40

22.3 Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación

Documentos A78/27 y A78/40

23. Asuntos de personal

23.1 Recursos humanos: informe anual

Documentos A78/28 y A78/41

23.2 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, resoluciones EB156.R5 y EB156.R6

23.3 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

Documento A78/4

23.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

Documento A78/29

23.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

Documento A78/30

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

Asuntos administrativos, jurídicos y de gobernanza

24.1 Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales

Documento A78/4

24.2 Estrategias y planes de acción mundiales que está previsto que expiren en el plazo de un año

- Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025

Documentos A78/4 y EB 156/2025/REC/1, decisión EB156(34)

- Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(35)

- Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(36)

- Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño 2012-2025

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(37)

24.3 Reglamento Sanitario Internacional (2005): procedimiento propuesto para corregir errores en el texto del instrumento

Documentos A78/4, A78/INF.5 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(38)

25. Reasignación de Indonesia de la Región de Asia Sudoriental a la Región del Pacífico Occidental

Documento A78/31

26. Acuerdos con organizaciones intergubernamentales

Documento A78/32

27. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

Documentos A78/33 y A78/33 Add.1

28. Asuntos para información

28.1 Informes sobre los progresos realizados

Documento A78/34 Rev.1

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

- A. Fortalecimiento de la capacidad en materia de medios de diagnóstico (resolución WHA76.5 (2023))
- B. [el asunto pertinente se examinará bajo el Pilar 3 en el informe O]

- C. Integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias (resolución WHA76.2 (2023))
- D. Estrategia Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones (resolución WHA75.13 (2022))
- E. Fortalecimiento de la producción local de medicamentos y otras tecnologías de la salud para mejorar el acceso (resolución WHA74.6 (2021))
- F. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))
- G. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente (resolución WHA72.6 (2019) y decisión WHA74(13) (2021))

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

- H. Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio (resolución WHA58.29 (2005))
- I. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus (resolución WHA60.1 (2007))

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

- J. 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 (decisión WHA74(24) (2021))
- K. Plan de Acción sobre Cambio Climático y Salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (decisión WHA72(10) (2019))
- L. Ciencias del comportamiento para mejorar la salud (resolución WHA76.7 (2023))
- M. Acelerar la acción sobre la prevención de los ahogamientos a nivel mundial (resolución WHA76.18 (2023))
- N. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general (resolución WHA69.5 (2016)), y Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales (resolución WHA74.17 (2021))
- O. Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Refugiados y Migrantes, 2019-2030 (resolución WHA76.14 (2023))

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

18.1 Efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(32)

18.2 Actualización de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(33)

18.3 Cambio climático y salud

Documentos A78/4, A78/4 Add.2, A78/4 Add.4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(40)

Lista de documentos

A78/1 Rev.2	Orden del día ¹
A78/1 Rev.1 Add.1	Propuesta de punto suplementario del orden del día
A78/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 155.ª y 156.ª reuniones
A78/3	Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General
A78/4	Informe consolidado del Director General ²
A78/4 Add.1	Proyecto de estrategia mundial sobre medicina tradicional 2025-2034
A78/4 Add.2	Cambio climático y salud Proyecto de plan de acción mundial sobre cambio climático y salud
A78/4 Add.3 y Add.4	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A78/5	Reforma de la gobernanza Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS (decisión WHA77(15) (2024)) ⁴
A78/5 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ²
A78/6 y A78/6 Corr.1	Proyecto de presupuesto por programas 2026-2027
A78/6 Add.1	Proyecto de resolución: Presupuesto por programas 2026-2027
A78/7 Rev.1	La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
A78/8	Resistencia a los antimicrobianos

¹ Véase la página ix.

² Véase el anexo 2.

³ Véase el anexo 5.

⁴ Véase el anexo 3.

A78/8 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A78/9	Preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias Fortalecimiento de la arquitectura mundial para la prevención, preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias
A78/10	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 ²
A78/10 Add.1	Resultado de las consultas oficiosas de los Estados Miembros Proyecto de resolución relativa al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias
A78/10 Add.2	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A78/11	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A78/12	Preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
A78/13	Labor de la OMS en emergencias sanitarias Información actualizada sobre la respuesta a emergencias sanitarias importantes en curso
A78/14	Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022)
A78/15	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental
A78/16	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A78/17	Informe sobre los resultados de 2024 e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024 Informe sobre los resultados de 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño)

¹ Véase el anexo 2.

² Véase el anexo 1.

³ Véase el anexo 5.

A78/17 Add.1	Proyecto de decisión: Informe sobre los resultados de 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024
A78/17 Add.2	Proyecto de decisión: Suspensión parcial y temporal del párrafo 8.2 del artículo VIII del Reglamento Financiero
A78/18	Estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024
A78/19	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025
A78/20	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 Presentación de informes sobre eficiencias operacionales
A78/21	Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS
A78/22	Escala de contribuciones para 2026-2027
A78/23	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
A78/25	Informe del Comisario de Cuentas
A78/26	Informe del Auditor Interno
A78/27	Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
A78/28	Recursos humanos: informe anual
A78/29	Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
A78/30	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A78/31	Reasignación de Indonesia de la Región de Asia Sudoriental a la Región del Pacífico Occidental
A78/31 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹

¹ Véase el anexo 5.

A78/32	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
A78/33 y A78/33 Add.1	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A78/34 Rev.1	Informes sobre los progresos realizados
A78/35	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos El Líbano
A78/36	Informe sobre los resultados de 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño) e informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A78/37	Proyecto de presupuesto por programas 2026-2027 Financiación sostenible: ronda de inversiones en la OMS Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A78/38	Escala de contribuciones 2026-2027 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 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A78/39	Reforma de la gobernanza Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS (decisión WHA77(15) (2024)) Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A78/40	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 78. ^a Asamblea Mundial de la Salud

A78/41	Recursos humanos: informe anual Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud
A78/42	Primer informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/43	Comisión de Credenciales
A78/44	Segundo informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/45	Primer informe de la Comisión B (Proyecto)
A78/46	Elección de Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo
A78/47	Segundo informe de la Comisión B (Proyecto)
A78/48	Tercer informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/49	Tercer informe de la Comisión B (Proyecto)
A78/50	Cuarto informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/51	Quinto informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/52	Cuarto informe de la Comisión B (Proyecto)
A78/53	Sexto informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/54	Séptimo informe de la Comisión A (Proyecto)
A78/55	Quinto informe de la Comisión B (Proyecto)

Documentos de información

A78/INF./1	Premios
A78/INF./2	Función del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la labor de la OMS relativa a la colaboración multipartita en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles: informe sobre la evaluación independiente Resumen ejecutivo
A78/INF./3	Contribuciones voluntarias por fondo y por contribuidor, 2024
A78/INF./4	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas

A78/INF./5	Reglamento Sanitario Internacional (2005): procedimiento propuesto para corregir errores en el texto del instrumento ¹
A78/INF./6	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Prórroga de las recomendaciones permanentes para la viruela símica (mpox)
A78/INF./7	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Prórroga de las recomendaciones permanentes en relación con la COVID-19
A78/INF./8	Programa General de Trabajo 2025-2028: valores de referencia y metas para los indicadores de efectos y productos
A78/INF./9	Acuerdo de la OMS sobre Pandemias: cuestiones de procedimiento
Documentos varios	
A78/DIV./1 Rev.1	Lista de delegados y otros participantes (en inglés y francés)
A78/DIV./2	Guía para los delegados en la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud
A78/DIV./3	Lista de decisiones y resoluciones
A78/DIV./4	Lista de documentos

¹ Véase el anexo 4.

Presidencia y Vicepresidencias de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones¹

Presidente

Dr. Teodoro HERBOSA (Filipinas)

Vicepresidentes

Profesor Dr. Md. Sayedur RAHMAN
(Bangladesh)

Sr. Jaime Hernán URREGO RODRÍGUEZ
(Colombia)

Dra. Louise MAPLEH KPOTO (Liberia)

Dra. Judit BIDLO (Hungría)

Dra. Jalila bint AL SAYYED JAWAD HASSAN
(Bahrein)

Secretario

Dr. Tedros Adhanom GHEBREYESUS, Director
General

Comisión de Credenciales

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Camboya, Chad, Fiji, Georgia, Honduras, Irlanda, Malawi, Maldivas, Mauritania, Perú, Qatar, Turkmenistán.

Presidenta: Sra. Elena JABLONICKA (Eslovaquia)

Vicepresidente: Sr. Orgil BURENTUVSHIN
(Mongolia)

Secretario: Sr. Xavier DANEY, Oficial Jurídico
Superior

Mesa de la Asamblea

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes como miembros de la Mesa de la Asamblea: Bahamas, Bhután, Camerún, China, Cuba, Dinamarca, Ecuador, Etiopía, Francia, Gambia, Liberia, Libia, Malasia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Sudán, Tayikistán, Uruguay.

Presidente: Dr. Teodoro HERBOSA (Filipinas)

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 tiene derecho a estar representada en cada una de las comisiones principales por uno de sus miembros.

Comisión A

Presidenta: Dra. Esperance LUVINDAO (Namibia)

Vicepresidentes: Dr. Salih AL HASNAWI (Iraq)
Sr. Raynold B. OILOUCH (Palau)

Relatora: Sra. Christy BUTLER (Bahamas)

Cosecretarios: Dr. Carmen SAVELLI, Especialista
Técnico, Monitoreo de la Inocuidad de
los Alimentos
Sra. Claudia NANNEI, Gestora Principal de
Programa, Acceso Mancomunado a
Tecnologías de la Salud y Transferencia de
Tecnología para las Vacunas de ARNm

Comisión B

Presidenta: Sra. Katarzyna DRAŹEK-LASKOWSKA
(Polonia)

Vicepresidentes: Dra. Reina ROA (Panamá)
Sr. Narciso FERNANDES (Timor-Leste)

Relator: Dr. Abdulrahman ALQASHAN (Kuwait)

Cosecretarios: Sr. Bashier ENOOS, Funcionario
Técnico, Servicios Integrados para las
Enfermedades No Transmisibles
Sra. Ivana MILOVANOVIC,
Responsable Principal de Políticas, Oficina del
Enviado del Director General para Asuntos
Multilaterales

Representantes del Consejo Ejecutivo

Sr. Abdulla Nazim IBRAHIM (Maldivas)

Sr. Marcus SAMO (Estados Federados de Micronesia)

¹ Además, en el documento A78/DIV./1 Rev.1 figura la lista de delegados y otros participantes.

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

WHA78.1 Acuerdo de la OMS sobre Pandemias¹

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las decisiones SSA2(5) (2021) y WHA77(20) (2024), por las que, reconociendo la necesidad de subsanar las lagunas en la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, entre otras cosas, se estableció el 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 (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 OMS;

Expresando su reconocimiento por la labor del Órgano de Negociación Intergubernamental, así como por el resultado logrado, que figura en el documento A78/10, y reconociendo con agradecimiento el liderazgo de su Mesa;

Reafirmando la necesidad de un instrumento internacional jurídicamente vinculante sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, en consonancia con las decisiones SSA2(5) y WHA77(20);

Haciendo hincapié en la función del Reglamento Sanitario Internacional (2005), adoptado mediante la resolución WHA58.3 (2005) y posteriormente enmendado mediante las resoluciones WHA67.13 (2014), WHA75.12 (2022) y WHA77.17 (2024), en la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, y en la necesidad de coherencia y complementariedad en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;

Consciente de la amenaza constante de los patógenos con potencial pandémico, que exige mejorar la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y abstenerse de adoptar medidas que afecten negativamente a dichas actividades,

1. ADOPTA, de conformidad con el Artículo 19 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias que se muestra en el anexo 1 al presente documento;
2. RECONOCE que la adopción del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias por la Asamblea de la Salud no prejuzga la prerrogativa soberana de cada Estado de examinar el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias de conformidad con sus procedimientos constitucionales;

¹ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

3. TOMA NOTA de que, de conformidad con el artículo 31 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, dicho Acuerdo estará abierto a la firma tras la adopción por la Asamblea de la Salud del anexo descrito en el artículo 12 del Acuerdo en la Sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, y posteriormente en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, en las fechas que determine la Asamblea de la Salud;
4. EXHORTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional facultadas para ello a que consideren la posibilidad de firmar, ratificar, aceptar, aprobar y confirmar oficialmente el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias o adherirse a él a la mayor brevedad en consonancia con los artículos 31 y 32 del Acuerdo, a fin de que el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, incluido el anexo descrito en el artículo 12, entre en vigor lo antes posible;
5. INSTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que adopten todas las medidas oportunas, en espera de la entrada en vigor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, a fin de promover su objetivo y eventual aplicación, guiados por la equidad y el principio de solidaridad con todas las personas y países en el contexto de las emergencias sanitarias, para la prevención, preparación y respuesta frente a las emergencias pandémicas y las emergencias de salud pública de importancia internacional;
6. INSTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que, en caso de que se declare una emergencia pandémica antes de la entrada en vigor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, adopten medidas sin demora y con carácter voluntario, en consonancia con las disposiciones pertinentes del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, teniendo en cuenta que la adopción de esas medidas se entiende sin perjuicio de la posición de cualquier Estado u organización de integración económica regional con respecto al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;
7. INSTA a todos los Estados Miembros, organizaciones de integración económica regional, observadores y partes interesadas pertinentes a que apoyen las actividades preparatorias mencionadas en la presente resolución y a que fomenten efectivamente la pronta entrada en vigor y aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;
8. EXHORTA a las Naciones Unidas e invita a otras organizaciones internacionales pertinentes a que sigan prestando apoyo al fortalecimiento de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias;
9. DECIDE, de conformidad con el artículo 41 de su Reglamento Interior, establecer un Grupo de Trabajo Intergubernamental de composición abierta con el fin de:
 - 1) con carácter prioritario, redactar y negociar el anexo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias descrito en el artículo 12 de dicho Acuerdo y someter el resultado a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud para su consideración, y posteriormente facilitar, según sea necesario, las actividades relativas a la adopción de dicho anexo y la apertura a la firma, ratificación, aceptación, aprobación, adhesión o confirmación oficial del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;

- 2) una vez concluidas las actividades mencionadas en el párrafo 1) supra, realizar trabajos preparatorios sobre las siguientes cuestiones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias para su consideración, según proceda, por la Conferencia de las Partes:
 - a) el reglamento interior de la Conferencia de las Partes y sus criterios para la participación de observadores en sus procedimientos;
 - b) el reglamento financiero de la Conferencia de las Partes y de los órganos subsidiarios que establezca;
 - c) un proyecto de presupuesto para el primer ejercicio financiero;
 - d) la estructura, funciones y modalidades de la Red Mundial de Cadena de Suministro y de Logística a que se hace referencia en el artículo 13 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;
 - e) la información, frecuencia y formato de los informes requeridos en virtud del artículo 21.1 sobre la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, incluido el artículo 11.1 a); y
 - f) el mecanismo a que se hace referencia en los artículos 19.5 y 19.6 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias para facilitar y reforzar la aplicación efectiva de las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, incluido su reglamento interior/mandato;
 - 3) elaborar una propuesta de mandato del Mecanismo Financiero de Coordinación y las modalidades para su puesta en funcionamiento y su gobernanza en relación con la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, según se describe en el artículo 18 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, para su consideración por la Conferencia de las Partes y, a este respecto, cooperar con el Comité de los Estados Partes para la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a que se hace referencia en el artículo 54 bis del mismo y con su proceso preparatorio;
 - 4) supervisar otros preparativos, según sea necesario, para la primera reunión de la Conferencia de las Partes y rendirle cuentas directamente al respecto;
10. DECIDE ADEMÁS que el Grupo de Trabajo Intergubernamental celebre su reunión de organización a más tardar el 15 de julio de 2025, a fin de elegir a seis miembros de la Mesa sobre quienes recaerá a partes iguales la responsabilidad de facilitar su labor, a saber, dos Copresidentes y cuatro Vicepresidentes, uno de cada una de las seis Regiones de la OMS, entre los que los dos Copresidentes, que reflejarán un equilibrio entre los países desarrollados y los países en desarrollo, estarán encargados de dirigir el proceso, y de acordar sus métodos y programa de trabajo; esté abierto a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que se hace referencia en el artículo 32 del Acuerdo sobre Pandemias; siga las modalidades de participación de las partes interesadas pertinentes del Órgano de Negociación Intergubernamental; y concluya su labor antes de la primera reunión de la Conferencia de las Partes;
11. INVITA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que se hace referencia en el artículo 32 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias a que presenten propuestas de texto iniciales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, para la elaboración del proyecto de anexo del Acuerdo sobre Pandemias descrito en el

artículo 12 del mismo antes de la segunda reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental o según decida este Grupo de Trabajo en su reunión de organización; el Director General pondrá a disposición pública todas esas propuestas, a menos que quien haya presentado una propuesta pida otra cosa con respecto a su propuesta;

12. REAFIRMA que el proceso de elaboración del anexo descrito en el artículo 12 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias tiene carácter inclusivo y está dirigido por los Estados Miembros, y decide además que el Grupo de Trabajo Intergubernamental podrá solicitar a expertos que faciliten asesoramiento y contribuciones técnicas, según sea necesario;

13. RECONOCE que, a los efectos del artículo 4.6 y del artículo 5.3 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias entre «otras organizaciones intergubernamentales pertinentes» se incluyen, entre otras, las siguientes: el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal;

14. REAFIRMA que los Estados tienen derechos soberanos sobre sus propios recursos biológicos, así como el derecho soberano de legislar y aplicar leyes, incluida la legislación nacional sobre acceso y participación en los beneficios;

15. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) velar por la uniformidad de los textos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso, y permitir que los Estados Miembros los examinen y hagan aportaciones a los mismos a los fines de conformidad y exactitud lingüísticas;

2) proporcionar al Grupo de Trabajo Intergubernamental los servicios y los medios necesarios para el desempeño de su labor, en particular información y asesoramiento completos, pertinentes y oportunos;

3) convocar la reunión organizativa del Grupo de Trabajo Intergubernamental a más tardar el 15 de julio de 2025;

4) a fin de facilitar las contribuciones y asesoramiento técnicos descritos en el párrafo 12 *supra* al proceso del Grupo de Trabajo Intergubernamental dirigido por los Estados Miembros, organizar la labor técnica, mediante la contratación de expertos, de conformidad con el Reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS, y en particular los principios establecidos en el artículo 4.2, en los ámbitos definidos en el artículo 12 del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, con el fin de orientar y apoyar la labor del Grupo de Trabajo Intergubernamental, para su consideración, y poner a disposición pública dichas contribuciones y asesoramiento técnicos;

5) adoptar las medidas oportunas para prestar apoyo a los Estados Miembros, en particular a los países en desarrollo, en la preparación para la entrada en vigor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias;

6) poner en marcha, con miras a la pronta aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, actividades preparatorias sobre las cuestiones que se piden o se encomiendan a la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud en el Acuerdo de la OMS sobre

Pandemias, de manera gradual, según proceda, con sujeción a la disponibilidad de recursos, y sin perjuicio de la labor futura de la Conferencia de las Partes;

7) mantener a la Asamblea de la Salud informada sobre los progresos realizados para la entrada en vigor del Acuerdo y sobre los preparativos en marcha para organizar la primera reunión de la Conferencia de las Partes, con la presentación de un primer informe a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud;

8) invitar a la Conferencia de las Partes a que encargue a la Secretaría que presente un informe sobre los resultados de cada reunión futura de la Conferencia a la siguiente reunión de la Asamblea de la Salud, a título informativo;

9) presentar a la Conferencia de las Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias informes periódicos a título informativo sobre las resoluciones y decisiones de la Asamblea de la Salud que sean pertinentes para la aplicación del Acuerdo;

10) elaborar, trabajando en plena colaboración con todos los Estados, organizaciones de integración económica regional, partes interesadas pertinentes y organizaciones intergubernamentales, según proceda, recomendaciones u otra opinión no vinculante, y organizar apoyo, según sea necesario, a las políticas para gestionar los riesgos jurídicos relacionados con las nuevas vacunas antipandémicas durante las emergencias pandémicas, prestando especial atención a los entornos humanitarios, y presentar un informe a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud para su consideración y orientaciones.

(Tercera sesión plenaria, 20 de mayo de 2025 -
Comisión A, primer informe)

WHA78.2 Presupuesto por programas 2026-2027

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027;²

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud;³

Tomando nota de que el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027 es el primer presupuesto por programas que se prepara en consonancia con el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028;

Reconociendo que el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027 se basa en las prioridades establecidas en los niveles de país, Región y Sede, teniendo en cuenta las actuales restricciones financieras y económicas;

Reconociendo además la necesidad de hacer un seguimiento del proceso de establecimiento de prioridades armonizando los programas y las inversiones conexas en los tres niveles de

² Documento A78/6.

³ Documento A78/37.

la Organización, a fin de garantizar que el presupuesto por programas responda a las necesidades de los Estados Miembros;

Subrayando la importancia que sigue teniendo la inversión en la salvaguardia y el establecimiento de prioridades en las funciones básicas, la rendición de cuentas y las capacidades de los países;

Acogiendo con satisfacción la atención que se sigue prestando al fortalecimiento de la transparencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento, así como las oportunidades de ahorro por aumento de la eficiencia, potenciando al máximo el rendimiento de la inversión y gestionando para generar impacto en toda la OMS, y reconociendo la importancia de asignar equitativamente fondos adecuados y sostenibles para las funciones instrumentales en todas las oficinas principales;

Reafirmando el compromiso pleno y continuo de la OMS con la ejecución de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo y su implicación en ella, así como su labor en curso para apoyar a los países en sus esfuerzos por alcanzar todas las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud, reconociendo su función como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria internacional;

Recordando que la asignación de recursos financieros debe acompañarse de un monitoreo periódico de resultados medibles;

Reconociendo que la aplicación de las solicitudes al Director General contenidas en las resoluciones y decisiones, incluidas, aunque no exclusivamente, las adoptadas por la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, tendrá en cuenta la ejecución del presupuesto por programas 2026-2027, sin perjuicio de que se utilicen con fines de promoción, sensibilización y continuación de las actividades en curso;

Subrayando nuevamente la necesidad de garantizar una OMS fuerte que asuma el papel de liderazgo mundial en materia de salud pública con respecto a la labor que debe llevarse a cabo en todas las circunstancias para alcanzar el objetivo de la OMS: el logro por todos los pueblos del grado más alto posible de salud;

Recordando la decisión WHA75(8) (2022), en que la Asamblea de la Salud adoptó las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible,⁴ con especial referencia al párrafo 39 e) de esas recomendaciones,

1. APRUEBA el programa de trabajo que figura en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, tomando nota también de la información de referencia sobre el establecimiento de prioridades a que se hace referencia en la plataforma digital del presupuesto por programas;⁵
2. APRUEBA TAMBIÉN el presupuesto para el ejercicio financiero 2026-2027 con cargo a fondos de todas las procedencias, a saber, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por un valor de USD 6206,7 millones;

⁴ Documento A75/9, apéndice 2.

⁵ [Programme budget digital platform](#) (consultado el 4 de mayo de 2025).

3. DISTRIBUYE el presupuesto para el ejercicio financiero 2026-2027 en consonancia con los fines del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, del siguiente modo:

- 1) Promover la salud,⁶ USD 399,9 millones;
- 2) Procurar salud,⁷ USD 1787,8 millones;
- 3) Proteger la salud,⁸ USD 918,5 millones;
- 4) Potenciar la agenda mundial de salud,⁹ USD 577,2 millones;
- 5) Perfeccionar el desempeño de la OMS,¹⁰ USD 583,7 millones;

El total del segmento de programas básicos, USD 4267,1 millones.

Otras áreas:

- erradicación de la poliomielitis (USD 770,9 millones);
- programas especiales (USD 168,7 millones);
- operaciones y llamamientos de emergencia (USD 1000,0 millones), lo que, por depender del carácter coyuntural de las actividades de que se trata, es una estimación de las necesidades presupuestarias que puede ser objeto de incrementos de ser necesario;

4. RESUELVE que el presupuesto se financiará del siguiente modo:

- mediante las contribuciones netas de los Estados Miembros ajustadas en función de los ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros (un total de USD 1377,9 millones),¹¹ reducidos provisionalmente en USD 311,1 millones, lo que refleja, sin prejuzgarla, la retirada notificada de los Estados Unidos de América de la Organización Mundial de la Salud, lo que da lugar a un total estimado de USD 1066,8 millones para la ejecución;
- mediante contribuciones voluntarias por un total de USD 5139,9 millones;

5. RESUELVE ADEMÁS que del monto bruto de la contribución señalada para cada Estado Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; y que el monto total de esos reembolsos se estima en USD 8 millones, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de USD 1385,9 millones;

⁶ Objetivos estratégicos 1 y 2; efectos 1.1 a 2.3.

⁷ Objetivos estratégicos 3 y 4; efectos 3.1 a 4.3.

⁸ Objetivos estratégicos 5 y 6; efectos 5.1 a 6.2.

⁹ Efectos institucionales 1 y 2.

¹⁰ Efecto institucional 3.

¹¹ De conformidad con la decisión WHA75(8), el proyecto de presupuesto se elaboró con un aumento previsto del 20 % de las contribuciones señaladas para el bienio 2023-2024.

6. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de USD 31,0 millones;
7. AUTORIZA al Director General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el presupuesto según se ha distribuido en el párrafo 3, sin exceder las cantidades aprobadas;
8. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a efectuar transferencias, cuando sea necesario, entre los cinco fines citados anteriormente, hasta por un monto que no supere el 5 % de la cantidad asignada a la prioridad estratégica desde la que se haga la transferencia. Todas esas transferencias se consignarán en los informes reglamentarios a los órganos deliberantes correspondientes;
9. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos adicionales, cuando sea necesario, con cargo al área de operaciones y llamamientos de emergencia, con sujeción a la disponibilidad de recursos;
10. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo a los componentes presupuestarios de los programas especiales y la erradicación de la poliomielitis por encima del monto asignado a dichos componentes, como resultado de mecanismos adicionales de gobernanza y de movilización de recursos, así como de su ciclo presupuestario, que conforman los presupuestos anuales y/o bienales de esos programas especiales, con sujeción a la disponibilidad de recursos;
11. PIDE al Director General que tenga a bien:
 - 1) presentar a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, informes periódicos sobre la financiación y la ejecución del presupuesto presentado en el documento A78/6, haciendo hincapié en el gasto de las contribuciones señaladas, incluidas las perspectivas de financiación de la Organización y los resultados de la estrategia coordinada de movilización de recursos;
 - 2) presentar informes anuales sobre los progresos realizados respecto del marco de resultados del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, desglosados respecto de los tres niveles de la OMS, en los que se haga hincapié en las contribuciones medibles de la Secretaría a la consecución de los efectos e impactos de salud, medidos a través de los indicadores de productos;
 - 3) controlar los costos, buscar formas de aumentar la eficiencia en toda la OMS y presentar informes periódicos al Consejo Ejecutivo y a su Comité de Programa, Presupuesto y Administración con información detallada sobre esos ahorros y el aumento de la eficiencia a nivel global y una estimación de los ahorros conseguidos;
 - 4) informar periódicamente a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, así como mediante sesiones informativas trimestrales, sobre los progresos realizados en la aplicación de los entregables presupuestarios, programáticos, financieros, de gobernanza y de rendición de cuentas definidos en el plan de aplicación de la reforma de la Secretaría.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, segundo informe)

WHA78.3 Fortalecimiento de la base empírica de las medidas sociales y de salud pública¹²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General,¹³

Tomando nota de que las medidas sociales y de salud pública hacen referencia a las medidas no farmacéuticas que aplican individuos, comunidades, gobiernos e instituciones para reducir el riesgo y la escala de la transmisión de enfermedades infecciosas epidemiógenas y pandemiógenas;

Reconociendo la pertinencia de las medidas sociales y de salud pública para el Reglamento Sanitario Internacional (2005), las enmiendas al cual fueron adoptadas en virtud de la resolución WHA77.17 (2024);

Recordando las recomendaciones temporales del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), emitidas por el Director General para los Estados Partes sobre, entre otras cosas, el uso continuado de medidas sociales y de salud pública informadas por la evidencia y basadas en los riesgos, y recordando las recomendaciones temporales del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el recrudecimiento de la viruela símica (mpox) en 2024 a los Estados Partes para corregir las lagunas en materia de investigación y generar evidencia, en particular con respecto a la eficacia de las intervenciones de salud pública;

Recordando también la resolución WHA58.5 (2005), sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe, en la que se instaba a los Estados Miembros a que hicieran un uso eficaz de medidas sociales y de salud pública adecuadas y efectivas para proteger a la población en general del virus de la gripe;

Reconociendo la importancia de las medidas sociales y de salud pública para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas, especialmente las que tienen potencial epidémico y pandémico, y reconociendo que las medidas sociales y de salud pública son las primeras intervenciones disponibles, y en ocasiones las únicas, y que unas medidas sociales y de salud pública adecuadas son fundamentales durante una epidemia o una pandemia;

Tomando nota de que puede ser difícil prever quién puede estar en situación de mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas socioeconómicas y para la salud durante futuras epidemias y pandemias, así como los posibles efectos adversos de las medidas sociales y de salud pública, y que la creación de una base empírica más sólida y robusta en materia de medidas sociales y de salud pública puede contribuir a mejorar la comprensión y a fundamentar mejor los enfoques a fin de reducir al mínimo esas consecuencias adversas;

Reconociendo que, a pesar del papel fundamental que desempeñan las medidas sociales y de salud pública en la prevención y el control de epidemias y pandemias, las investigaciones avanzadas y los datos detallados de que se dispone sobre la eficacia y el impacto de las medidas sociales y de salud pública son limitados;

¹² Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹³ Documento A78/13.

Reconociendo la importancia de ampliar la base empírica para fundamentar la aplicación de unas medidas sociales y de salud pública que sean específicas, eficaces, apropiadas, equitativas, adaptadas a los contextos locales y proporcionales en relación con el tipo, la escala y la gravedad de los riesgos y peligros específicos, y que tengan por objeto maximizar los beneficios para la salud pública, minimizando al mismo tiempo sus consecuencias adversas;

Reconociendo también la importancia de aumentar la comprensión de los vectores y los obstáculos, incluidos los factores conductuales, que impiden o permiten la aplicación nacional de las medidas sociales y de salud pública y la adhesión individual y de la comunidad a estas medidas, por medios que incluyan la participación social, una comunicación eficaz de los riesgos, la implicación comunitaria y la gestión de las infodemias;

Reconociendo los desafíos inherentes para la realización de investigaciones sobre medidas sociales y de salud pública a causa de la naturaleza compleja y multisectorial de estas medidas, y que los marcos nacionales de investigación, éticos y jurídicos no contemplan necesariamente la investigación sobre medidas sociales y de salud pública;

Recordando la resolución WHA58.34 (2005), relativa a la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, en la que la Asamblea de la Salud reconoció que una investigación ética de alta calidad y la generación y aplicación de conocimientos son elementos indispensables para alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, y la resolución WHA63.21 (2010), en la que se señalaban las funciones y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias;

Recordando también la resolución WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en la que, entre otras cosas, se pedía al Director General que, en consulta con los Estados Miembros, tuviera a bien elaborar un marco mundial para formular, controlar, comparar y evaluar estudios y políticas sobre intervenciones en la sociedad y la salud pública para evaluar sus efectos más amplios a fin de aprovechar los conocimientos y la experiencia mundiales y de traducir la evidencia en políticas efectivas de preparación y respuesta de los sistemas de salud frente a las emergencias;

Reconociendo que la investigación sobre medidas sociales y de salud pública debería estar correctamente concebida, ser rigurosa desde el punto de vista de la metodología y ejecutarse adecuadamente, de conformidad con las directrices éticas aplicables y teniendo en cuenta las sensibilidades sociales y culturales, y que tal investigación podría beneficiarse de unos ecosistemas de salud digital adecuados y robustos que estén en consonancia con los marcos jurídicos aplicables y faciliten un intercambio fluido de datos, así como la compatibilidad, la integración y la utilización de los datos en los sistemas de atención de la salud;

Tomando nota también de que es probable que las investigaciones y evaluaciones de las medidas sociales y de salud pública tengan el máximo valor informativo y promuevan mejor una aplicación equitativa y eficaz cuando se lleven a cabo en distintos entornos y en países de todos los niveles de las categorías de ingreso y cuando incluyan a participantes en las investigaciones que procedan de las poblaciones objeto de la intervención, incluidas las que están insuficientemente representadas y las que proceden de diversos entornos culturales;

Subrayando la importancia de la equidad y la transparencia en la investigación sobre medidas sociales y de salud pública, incluido el intercambio de información, de conformidad con lo dispuesto en las leyes y los protocolos nacionales, acerca de los resultados de la investigación sobre medidas sociales y de salud pública, que abarque tanto las conclusiones positivas como las negativas,

1. INSTA a los Estados Miembros,¹⁴ a que, según proceda y de conformidad con las leyes, las prioridades y los contextos nacionales, tengan a bien:

- 1) apoyar, según proceda, el desarrollo y el fortalecimiento tanto de las capacidades nacionales para la investigación sobre medidas sociales y de salud pública como de los marcos de control de la calidad para la investigación sobre tales medidas;
- 2) crear capacidad para la investigación sobre medidas sociales y de salud pública a fin de orientar la adopción de decisiones a escala intersectorial y su aplicación, entre otras cosas, integrando la investigación sobre tales medidas, según proceda, como componente de los planes de estudio de los programas de capacitación en emergencias de salud pública;
- 3) fomentar una respuesta ágil a las oportunidades para reunir evidencia sobre la efectividad, el impacto y las consecuencias de las medidas sociales y de salud pública, por medios que incluyan un seguimiento y evaluación sistemáticos de las políticas sobre las medidas sociales y de salud pública durante las emergencias sanitarias;
- 4) considerar la posibilidad de integrar modelos de cambio social y conductual y relativos a la toma de decisiones en las medidas sociales y de salud pública, en particular mediante la participación social, adoptando al mismo tiempo un enfoque que abarque a todo el gobierno y a toda la sociedad en la investigación sobre medidas sociales y de salud pública;
- 5) compartir los datos obtenidos de la investigación sobre medidas sociales y de salud pública, así como del seguimiento y la evaluación de las medidas de estas características aplicadas durante las emergencias de salud pública, de manera sistemática y transparente, según proceda y en consonancia con los marcos jurídicos y las políticas aplicables en materia de protección de datos y con el apoyo de unos ecosistemas de salud digital robustos que faciliten un intercambio fluido de datos, cuando proceda;
- 6) alentar a los organismos de financiación del ámbito de la investigación a que consideren la posibilidad de apoyar una investigación debidamente diseñada sobre medidas sociales y de salud pública que sea sólida y se lleve a cabo en distintos entornos; que tenga en cuenta los principios de equidad; que trate de incluir entre los participantes en la investigación a miembros de las poblaciones probablemente más afectadas por la intervención; y que lleve a cabo un seguimiento de las consecuencias adversas, con el fin de generar evidencia sobre la que actuar que sirva de base para fundamentar la política, la práctica y la toma de decisiones en materia de salud pública;
- 7) apoyar a los comités de ética y a las autoridades reguladoras nacionales y regionales en la tarea de propiciar unos procesos de gobernanza eficientes que se centren en los principios científicos y éticos fundamentales en los que se sustenta la investigación sobre

¹⁴ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

intervenciones basadas en la población, incluida la investigación y la realización de ensayos sobre intervenciones en materia de medidas sociales y de salud pública;

8) promover el más alto nivel de protección para los sujetos de investigaciones en seres humanos, incluida la protección de los datos personales y los esfuerzos para reducir al mínimo los riesgos para los participantes;

9) examinar y, si es necesario, considerar la posibilidad de revisar la legislación a fin de promover y propiciar una investigación sobre medidas sociales y de salud pública oportunas y ágiles;

10) estudiar la manera de integrar unas investigaciones sobre medidas sociales y de salud pública proporcionadas, pertinentes y adaptadas a cada contexto en los planes de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias;

11) trabajar con la Secretaría de la OMS y las partes interesadas pertinentes, incluidos los asociados regionales, para reforzar la base empírica de las medidas sociales y de salud pública, según proceda;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la tarea de abordar las consideraciones metodológicas, jurídicas y éticas a fin de fortalecer y mejorar la investigación sobre medidas sociales y de salud pública;

2) según sea necesario, recopilar, revisar y actualizar las orientaciones actuales acerca de las mejores prácticas en materia de investigación sobre medidas sociales y de salud pública, incluidas las recomendaciones sobre los datos clave que facilitarían la interpretación de tales orientaciones en distintos entornos, así como para llevar a cabo un seguimiento de las consecuencias adversas;

3) prestar apoyo a los Estados Miembros, según proceda, en la elaboración de protocolos de estudio que estén listos para ser utilizados en diferentes entornos, y poner a disposición del público directrices sobre los aspectos éticos de la investigación en materia de medidas sociales y de salud pública, incluidos los ensayos, el seguimiento y la evaluación de programas, que los Estados Miembros puedan adaptar en función de sus respectivos entornos;

4) presentar un informe sustantivo en el que se expongan los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, para su examen por la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, tercer informe)

WHA78.4 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental¹⁵

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;¹⁶

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;

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;¹⁷

¹⁵ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹⁶ Documento A78/15.

¹⁷ 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 S/2023/962 de las Naciones Unidas).

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;¹⁸

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;¹⁹

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 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;

¹⁸ 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.

¹⁹ Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

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;²⁰
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,²¹ 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 los heridos, enfermos y lesionados, y a que se garantice la seguridad, protección y circulación segura de todos los pacientes palestinos para recibir atención médica y tratamientos, 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;

²⁰ 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.

²¹ Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

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 158.^a reunión del Consejo Ejecutivo, a la séptima reunión del Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias y a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 2) se coordine con los donantes, antes de la 79.^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, y hace 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 UNRWA 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 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.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, tercer informe)

WHA78.5 Promoción y priorización de un enfoque integrado de la salud pulmonar²²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²³

Observando con profunda preocupación que en 2021 las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles, entre ellas la enfermedad por coronavirus (COVID-19), estuvieron entre las principales causas de mortalidad, al provocar más de 18 millones de muertes a escala mundial;

Reconociendo la importancia crucial de abordar las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan a los pulmones, entre ellas la tuberculosis, la neumonía, la gripe, la COVID-19, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la fibrosis pulmonar, el asma y el cáncer de pulmón, y la necesidad de fortalecer la atención primaria de la salud en el contexto de un enfoque integrado hacia el logro de la cobertura universal de salud; y consciente de que las enfermedades pulmonares y otras enfermedades no transmisibles comparten con frecuencia los mismos factores de riesgo, lo que requiere un enfoque preventivo horizontal;

Subrayando la importancia de las medidas integrales de prevención y control de las infecciones para reducir el riesgo de transmisión de la tuberculosis, la COVID-19, la neumonía y otras enfermedades infecciosas de transmisión aérea, en particular en entornos con alta carga de morbilidad y de ingreso bajo; y reconociendo la función crucial de abordar los factores de riesgo y los determinantes, entre ellos la pobreza y el hacinamiento, la falta de ventilación y otros;

Reconociendo la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior, cuya causa última es predominantemente de naturaleza socioeconómica,²⁴ y su vínculo con los determinantes sociales y ambientales de la salud como uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades pulmonares,²⁵ especialmente en los países en desarrollo, que se ven afectados de forma desproporcionada, así como la necesidad de colaboración y medidas multisectoriales para promover la salud pulmonar, prevenir nuevos casos de enfermedades y reducir el recrudecimiento de las enfermedades respiratorias;

Reconociendo que la exposición al radón es una de las principales causas del cáncer de pulmón tras el tabaquismo en los países con datos conocidos, y consciente de la falta de prevención y de medidas de mitigación de la exposición al radón, así como la reducida concienciación pública sobre los riesgos que entraña el radón;

²² Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

²³ Documento A78/4.

²⁴ Véase la resolución WHA68.8 (2015).

²⁵ [WHO ambient air quality database, 2022 update: status report](#). Geneva: World Health Organization, 2023 (consultado el 26 de febrero de 2025)

Volviendo a poner de relieve que más del 45 % de las muertes relacionadas con el tabaco, que en 2021 ascendieron a 3,3 millones, se deben a enfermedades pulmonares,²⁶ y consciente de que la exposición al humo de tabaco ajeno provoca cáncer y de que el vapeo de aerosoles puede ser perjudicial para la salud pulmonar, lo que subraya la importancia de los servicios de atención primaria para la prevención del hábito de fumar, especialmente para el control del tabaco y del vapeo;

Tomando nota de la considerable contribución de las exposiciones en el lugar de trabajo a la carga de las enfermedades respiratorias infecciosas y crónicas;

Consciente de los efectos de la estigmatización asociada al cáncer de pulmón, la tuberculosis y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el acceso a la detección precoz y al tratamiento, habida cuenta de los progresos en el cribado pulmonar y su eficacia en la reducción de las tasas de mortalidad entre poblaciones de alto riesgo;

Recordando la resolución 74/2 (2019) de la Asamblea General de las Naciones Unidas y el compromiso recogido en ella de intensificar los esfuerzos por hacer frente a las enfermedades no transmisibles como parte de la cobertura universal de salud, la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,²⁷ y 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 de 2018,²⁸ en la que se reafirma que recaen en los gobiernos el papel y la responsabilidad primordiales de responder al desafío de las enfermedades no transmisibles mediante la elaboración de respuestas nacionales adecuadas de carácter multisectorial y participativo para su prevención y control, y la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), en la que se considera que las desigualdades en materia de salud son un aspecto importante para las enfermedades respiratorias;

Reconociendo la resolución WHA72.2 (2019) sobre atención primaria de salud, en que la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a aplicar los compromisos de la Declaración de Astaná; la resolución WHA60.26 (2007) sobre la salud de los trabajadores: plan de acción mundial, mediante la que se instó a los Estados Miembros a que hicieran lo posible por garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores mediante intervenciones esenciales y servicios básicos de salud ocupacional destinados a la prevención primaria de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo; y los considerables progresos del Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, refrendado por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA66.10 (2013), así como la actualización de 2022 del apéndice 3 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, refrendada por la Asamblea de la Salud en la decisión WHA76(9) (2023), y la adopción de la hoja de ruta conexa para la aplicación en 2023-2030 mediante la decisión WHA75(11) (2022), así como la Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático, de la que se tomó nota en la decisión WHA72(9) (2019), la resolución WHA68.8 (2015), titulada «Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire», y su hoja de ruta, que la Asamblea Mundial de la Salud acogió con

²⁶ [Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad, datos de 2021 \(en inglés\)](#) (consultado el 26 de febrero de 2025).

²⁷ Resolución 66/2 (2011) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

²⁸ Resolución 73/2 (2018) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

beneplácito en la decisión WHA69(11) (2016), y la resolución WHA70.12 (2017) sobre prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado;

Recordando la resolución WHA71.3 (2018) sobre la preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el fin de la tuberculosis, en la que se reafirmó el compromiso de poner fin a la epidemia de tuberculosis para 2030, y la declaración política resultante de la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis (2023),²⁹ así como la resolución WHA67.1 (2014) sobre la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, en la que se establecieron metas ambiciosas para reducir la incidencia de la tuberculosis y la mortalidad por esa enfermedad; y subrayando la importancia del Marco de rendición de cuentas multisectorial de la OMS para la tuberculosis a la hora de facilitar el acceso universal a servicios de buena calidad y de abordar todos los determinantes e impulsores de la tuberculosis, como la pobreza, las desigualdades, la desnutrición, el VIH, las enfermedades no transmisibles, y la vivienda y las condiciones de vida inadecuadas, como parte integrante del programa de cobertura universal de salud, en particular en el contexto de las emergencias de salud y humanitarias;

Recordando también la resolución WHA76.5 (2023) sobre el fortalecimiento de la capacidad en materia de medios de diagnóstico, la resolución WHA72.8 (2019) sobre la mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios, la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, adoptada por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA61.21 (2008), y la resolución WHA67.22 (2014) sobre acceso a los medicamentos esenciales;

Reafirmando la resolución WHA73.1 (2020) sobre la respuesta a la COVID-19, en la que se subrayó la necesidad de acceso equitativo a medios diagnósticos, tratamientos, medicamentos y vacunas de calidad, seguros, eficaces, efectivos y asequibles para responder a la COVID-19 de forma compatible con las disposiciones de los tratados internacionales pertinentes, en particular las del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) y las flexibilidades reconocidas en la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública;

Tomando nota de la resolución WHA72.6 (2019) sobre la acción mundial en pro de la seguridad del paciente, que es crucial en la gestión de las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles;

Recordando el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y reafirmando los principios de la atención primaria de la salud como base para el fortalecimiento de los sistemas de salud;

Partiendo de los buenos resultados de los enfoques integrados de la gestión de enfermedades, entre ellos instrumentos existentes de la OMS como el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar, el Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles y la Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes en la Infancia en la mejora de los resultados de salud, así como su potencial para los programas integrados de salud pulmonar,

²⁹ Resolución 78/5 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

1. INSTA a los Estados Miembros,³⁰ a que, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, y en consonancia con las políticas pertinentes para abordar las enfermedades pulmonares transmisibles, no transmisibles y ocupacionales, tengan a bien:

- 1) elaborar una política nacional integrada para un enfoque integrado de la salud pulmonar, que abarque las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles, a través de la colaboración multisectorial y la colaboración multidisciplinaria, así como de la incorporación de enfoques que abarquen a todo el gobierno y a toda la sociedad, velando por la participación de todos los sectores pertinentes, incluidos los de la salud, medio ambiente, trabajo, educación y finanzas;
- 2) incorporar un enfoque integrado de la salud pulmonar en los servicios de atención primaria de la salud con miras a lograr la cobertura universal de salud, que incluya servicios completos de salud pulmonar, con itinerarios eficaces de derivación a la atención secundaria y terciaria, cuando proceda;
- 3) fortalecer los conocimientos sobre los efectos de la contaminación del aire en la salud y mejorar las normas nacionales de calidad del aire y la capacidad de monitoreo;
- 4) elaborar y hacer cumplir reglamentos adecuados que protejan a los trabajadores de los factores de riesgo ocupacionales que afectan a la salud pulmonar;
- 5) fortalecer los programas existentes de salud pulmonar de enfoque completo e integrado, o establecer programas nuevos, que incluyan:
 - a) el fortalecimiento de la promoción de la salud, los servicios primarios de prevención —en particular el control del tabaco y del vapeo, y la reducción de la exposición a la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior— y los programas de vacunación contra las infecciones respiratorias prevenibles;
 - b) la elaboración de directrices clínicas y de salud pública basadas en la evidencia, o la actualización de las existentes, sobre medidas costoeficaces para la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles, incluido el uso de tecnologías innovadoras;
 - c) la elaboración de mecanismos de información basados en la evidencia, o la actualización de los existentes, para la formulación de políticas y el seguimiento, evaluación y aprendizaje de los programas;
- 6) fortalecer las capacidades nacionales para un enfoque integrado de la salud pulmonar, considerando la adaptación de las herramientas pertinentes de la OMS que ya existan y estén basadas en la evidencia con el fin de establecer un conjunto integrado de intervenciones de salud pulmonar basado en la evidencia y costoeficaz que sea adecuado para todos los pacientes, de acuerdo con sus necesidades individuales;
- 7) mejorar el acceso a medicamentos, vacunas y tecnologías de salud seguros, eficaces y de calidad, así como su asequibilidad y disponibilidad, sirviéndose de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y la Lista Modelo de Pruebas Diagnósticas In Vitro Esenciales de la OMS, haciendo hincapié en la costoeficacia, la asignación sostenible de recursos y los

³⁰ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

enfoques basados en la evidencia, en particular fomentando las capacidades nacionales, y centrándose en el establecimiento de sistemas de reglamentación eficaces, capacidades de fabricación y/o estrategias y políticas de adquisición para la fijación de precios justos con el fin de abordar las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles, entre ellas la tuberculosis, la neumonía, la gripe y la COVID-19, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la fibrosis pulmonar y el cáncer de pulmón;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) inventariar las estrategias, las hojas de ruta y la labor instrumentos normativos de la OMS existentes relativos a las afecciones pulmonares pertinentes y sus factores de riesgo, que ayudarían a fundamentar un enfoque integrado de la salud pulmonar y a determinar las deficiencias y necesidades existentes a la hora de abordar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como la rehabilitación conexas;
- 2) presentar un informe inicial con recomendaciones y componentes clave para seguir reforzando un enfoque integrado de la salud pulmonar, estudiar las etapas para mejorar la aplicación de las estrategias y planes existentes en el contexto de un enfoque integrado de la salud pulmonar y examinar nuevas iniciativas, incluido un marco para el seguimiento de la aplicación de dichas estrategias, planes y nuevas propuestas con metas claras y mensurables en consulta con los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes y en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, y presentar el informe a la consideración de la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027;
- 3) colaborar con las partes interesadas pertinentes en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según corresponda, para movilizar el compromiso y los recursos, crear capacidad y fomentar investigaciones en colaboración sobre el enfoque integrado de la salud pulmonar;
- 4) prestar apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de sus sistemas de atención primaria de salud para que presten eficazmente servicios integrados de salud pulmonar con el fin de reforzar la cobertura universal de salud, promoviendo un enfoque de la salud pulmonar que abarque el curso de la vida;
- 5) fortalecer la capacidad de la Secretaría para apoyar la aplicación de intervenciones costoeficaces y modelos de atención adaptados a los países para las enfermedades pulmonares transmisibles y no transmisibles, entre ellas la tuberculosis, la neumonía, la gripe y la COVID-19, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la fibrosis pulmonar y el cáncer de pulmón;
- 6) informar a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, y a la 81.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2028, de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA78.6 Reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles promoviendo la salud renal y fortaleciendo la prevención y el control de la nefropatía³¹

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;³²

Reconociendo el derecho de todo ser humano, sin distinción alguna, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

Reafirmando nuestro compromiso colectivo de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y de alcanzar las metas del Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030,³³ en virtud de los compromisos asumidos en las declaraciones políticas de las tres reuniones de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,³⁴ incluidas las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse de aquí a 2025, mediante actividades eficaces de promoción de la salud y prevención de enfermedades; sistemas de salud resilientes; personal de salud suficiente, debidamente capacitado y comprometido; la cobertura sanitaria universal y servicios de salud centrados en las personas, así como la necesidad de mantener los servicios esenciales de atención a las enfermedades no transmisibles y promover el acceso a ellos en las situaciones de emergencia y los contextos humanitarios;³⁵

Reafirmando también nuestro compromiso de agilizar la aplicación de las declaraciones políticas de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General sobre la cobertura universal de salud de 2019 y 2023 mediante la prestación de protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, de calidad y costoeficaces para todos;³⁶

Reconociendo que aproximadamente 674 millones de personas tienen nefropatía crónica, cifra que representa el 9 % de la población mundial, y preocupada por el hecho de que la nefropatía es una de las causas de muerte de más rápido crecimiento a nivel mundial, y también porque, si no se toman medidas, se prevé que esta enfermedad se convierta en la quinta causa de muerte en 2050, con un aumento previsto del 33 % en la tasa de mortalidad normalizada por edad y un aumento del 28 % en los años de vida ajustados en función de la discapacidad normalizados por edad;

Recordando la resolución WHA77.4 (2024) sobre el aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos, en la que se insta a los países a adoptar estrategias preventivas e incorporar los trasplantes en la atención continua de las enfermedades no transmisibles y de otro tipo que puedan dar lugar a la necesidad de trasplantes, de acuerdo con sus contextos nacionales, y se solicita al Director General que apoye a los Estados

³¹ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

³² Documento A78/4.

³³ Véanse la resolución WHA66.10 (2013) y la decisión WHA72(11) (2019).

³⁴ Véanse las resoluciones 66/2 (2011), 68/300 (2014) y 73/2 (2018) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³⁵ Véase la resolución 78/4 (2023 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

³⁶ Véanse las resoluciones 74/2 (2019) y 78/4 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Miembros en la aplicación de los distintos elementos de la resolución, en particular mediante el diseño de una estrategia mundial sobre donaciones y trasplantes;

Preocupada por el acceso muy desigual a la atención renal en todo el mundo, sobre todo en los lugares con escasos recursos, donde la nefropatía a menudo no se diagnostica ni se trata, lo que pone en peligro la vida de millones de personas;

Preocupada también por que en muchos países en desarrollo, incluidos los pequeños Estados insulares en desarrollo, hay personas que asumen una pesada carga económica al tener que pagar de su bolsillo la atención renal, ya que solo un pequeño porcentaje de estos países ofrece cobertura para los tratamientos sustitutivos de la función renal (diálisis y trasplante), lo que convierte a la nefropatía en la principal causa de gastos catastróficos en atención de salud;

Preocupada asimismo por que la nefropatía afecta significativamente a las economías y sociedades, requiere una atención compleja y contribuye de manera desproporcionada a los costos de los países en atención de salud;

Reconociendo que la nefropatía afecta a muchas personas con factores de riesgo comunes, que se da en una de cada cinco personas con hipertensión y en cuatro de cada diez personas con diabetes, que es responsable de una de cada diez muertes atribuidas a la hipertensión y que representa una proporción sustancial de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la diabetes;

Consciente de que ya existen y siguen desarrollándose medicamentos costoeficaces para la nefropatía, y de que pueden reducir drásticamente la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad, así como por otras enfermedades no transmisibles que a menudo la acompañan, como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, pero preocupada por que estos medicamentos de gran eficacia, así como las pruebas diagnósticas y los insumos médicos necesarios para toda la gama de servicios de atención renal, no son asequibles o no están disponibles en muchos países en desarrollo;

Reconociendo que la nefropatía es una consecuencia prevenible, pero potencialmente mortal, de muchas infecciones en adultos, adolescentes y niños, como el paludismo, el dengue, la infección por el VIH, la tuberculosis, las hepatitis, la sepsis, la COVID-19, las enfermedades diarreicas y las enfermedades tropicales desatendidas;

Reconociendo también que la nefropatía es un factor de riesgo significativo y una consecuencia de los trastornos hipertensivos del embarazo (que afectan a uno de cada diez embarazos) y que tanto la nefropatía como esos trastornos están asociados con muertes maternas, partos prematuros y neonatos de bajo peso, factor que aumenta el riesgo de que presenten nefropatía;

Reconociendo asimismo que la salud renal se ve fuertemente influida a lo largo del curso de la vida por todos los determinantes³⁷ de la salud, los factores ambientales y el cambio climático, que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo y a los pequeños Estados insulares en desarrollo;

Reconociendo también la urgente necesidad de abordar, cuando proceda, los determinantes sociales y ambientales de la salud, incluido el cambio climático, para controlar la epidemia de nefropatía crónica de origen desconocido que afecta desproporcionadamente a los jóvenes de las

³⁷ Incluidos, entre otros, los determinantes sociales, ambientales, comerciales y económicos.

zonas agrícolas, y que sitúa a esta enfermedad entre las cuatro principales causas de muerte en determinadas regiones;

Reconociendo además que la mayoría de las personas con nefropatía presentan varias afecciones distintas que requieren atención especializada en todos los sectores para controlar eficazmente diversos problemas de salud, y que la nefropatía afecta significativamente a la salud mental, causando estrés, ansiedad y depresión, lo que agrava la pérdida de la calidad de vida a causa de problemas de salud;

Reconociendo que se han realizado esfuerzos para reforzar los servicios de tratamiento de las enfermedades no transmisibles en las situaciones de emergencia,³⁸ pero también que las personas con nefropatía, especialmente las que necesitan diálisis o tienen un riñón trasplantado, siguen siendo muy vulnerables en los contextos humanitarios;

Reconociendo la importancia de la concienciación pública, la alfabetización en materia de salud, la formación y el empoderamiento de los pacientes, la participación de la comunidad y la acción política para controlar los factores de riesgo de la nefropatía y mejorar la evolución de las personas afectadas por esta enfermedad;

Destacando la importancia de integrar la salud renal y la gama de servicios de atención renal en estrategias más amplias y holísticas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y reconociendo la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales;³⁹

Teniendo en cuenta que, entre los distintos tipos de tratamientos sustitutivos de la función renal, el trasplante de riñón debe ser la opción prioritaria para los pacientes con nefropatía que cumplan los requisitos médicos, a quienes se debe considerar sistemáticamente para ese tipo de tratamiento acorde con el contexto de su país, ya que el trasplante conlleva una mayor supervivencia y calidad de vida a un menor costo y con menos impacto medioambiental que la diálisis;

Recordando que el segundo jueves de marzo de cada año se celebra el Día Mundial del Riñón para despertar una mayor concienciación y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y trabajar en pro de la acción conjunta de los Estados Miembros y la solidaridad entre ellos a fin de promover la salud renal,

1. INSTA a los Estados Miembros⁴⁰ a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) invertir en sistemas de salud para integrar la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la nefropatía en las políticas nacionales de salud e incluir la atención renal en los conjuntos de prestaciones de la cobertura universal de salud, con el objetivo de proporcionar protección contra los riesgos financieros y acceso universal a toda la gama de servicios de atención renal sostenibles y de buena calidad, para incluir progresivamente la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, el trasplante de riñón y la atención renal menos invasiva,⁴¹ que ha de prestar personal de salud debidamente capacitado a todas las personas sin discriminación alguna, con especial atención a las personas en situación de riesgo,

³⁸ Véase el anexo 4 del documento A75/10 Add.2; véase también el documento WHA75/2023/REC/3, actas resumidas de la Comisión A, primera sesión, sección 3, quinta sesión, sección 2, y sexta sesión.

³⁹ Véase el documento EB154/7.

⁴⁰ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

⁴¹ Véase la resolución WHA77.4 (2024).

vulnerabilidad y marginación, incluidos los Pueblos Indígenas,⁴² las mujeres embarazadas y los niños,⁴³ y para que todos los pacientes tengan acceso equitativo a una atención adecuada;

2) promover la colaboración multisectorial y entre varias partes interesadas, con la supervisión gubernamental adecuada, para establecer y apoyar la prestación progresiva de servicios integrales, ininterrumpidos y sostenibles de atención renal, y con la regulación adecuada para garantizar la calidad de dicha prestación;

3) potenciar las intervenciones para abordar los determinantes⁴⁴ de los principales factores de riesgo de la nefropatía, mediante la aplicación más completa de las intervenciones de la OMS denominadas «mejores inversiones», empleando un enfoque de riesgo total a fin de controlar la diabetes y la hipertensión y de prevenir o retrasar la evolución de la nefropatía crónica hasta su etapa terminal, y proporcionando políticas, formación, campañas de concienciación pública e intervenciones comunitarias, en consonancia con las metas establecidas en el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030;⁴⁵

4) aumentar el seguimiento de la carga de la nefropatía, el acceso a la atención, la calidad de esta y los resultados relativos a la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad, e integrar dicho seguimiento en los sistemas nacionales de información sobre salud, para fundamentar la toma de decisiones sobre políticas y orientar la investigación;

5) reforzar la capacidad institucional de los países para llevar a cabo evaluaciones de tecnologías e intervenciones en la esfera de la salud que orienten la expansión progresiva de los programas de salud públicos sostenibles y costoeficaces para abordar la nefropatía de manera integral;

6) adoptar medidas para promover el acceso progresivo a los tratamientos sustitutivos de la función renal, respecto de los cuales el trasplante renal es la opción preferida, a fin de que se derive oportunamente a los pacientes para trasplante y se apliquen intervenciones para optimizar la disponibilidad de órganos para uso clínico, en consonancia con los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos;

7) promover la colaboración y las medidas multisectoriales para abordar todos los determinantes de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles que conducen a la nefropatía crónica, incluidos los efectos del cambio climático; y fomentar las alianzas con organizaciones profesionales, la sociedad civil, grupos de defensa y el sector privado a fin de reforzar la promoción de la salud, aumentar la concienciación pública sobre la nefropatía y sus determinantes, y mejorar la alfabetización en materia de salud proporcionando información y formación accesibles, de alta calidad y adaptadas a los pacientes;

⁴² Véase la resolución WHA76.16 (2023).

⁴³ Véase la resolución WHA77.5 (2024).

⁴⁴ Incluidos, entre otros, los determinantes sociales, ambientales, comerciales y económicos.

⁴⁵ Véanse la resolución WHA66.10 (2013) y la decisión WHA72(11) (2019).

8) promover la colaboración regional, basándose en los modelos de intercambio existentes cuando proceda, en particular en las regiones con características epidemiológicas similares, con el fin de intercambiar prácticas óptimas, recursos y conocimientos especializados sobre prevención y tratamiento de la nefropatía;

9) apoyar la investigación sobre la nefropatía para conocer mejor sus causas y sus factores de riesgo específicos de cada región, país y contexto local, y para elaborar estrategias de aplicación adecuadas para su prevención y su control, así como para los tratamientos y las tecnologías;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) promover la nefropatía como una enfermedad no transmisible de creciente prioridad mundial, además del cáncer, las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular), la diabetes y las enfermedades respiratorias, así como la salud mental, que han sido reconocidas como las principales causas de muerte y discapacidad;

2) proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para reforzar y mejorar la concepción, la evaluación y la aplicación de políticas nacionales de prevención y gestión de la nefropatía en todos los programas pertinentes sobre enfermedades, incluyendo el seguimiento y la evaluación de la aplicación y los resultados de los programas de atención renal, con el fin de mejorar la calidad de la atención y el acceso a ella;

3) brindar apoyo técnico a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para reforzar la aplicación de las intervenciones de la OMS denominadas «mejores inversiones» a fin de abordar todos los determinantes de las enfermedades no transmisibles que contribuyen a las enfermedades renales crónicas, y promover la integración de la atención renal integral en los conjuntos de prestaciones de la cobertura universal de salud;

4) apoyar a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, en el fortalecimiento de los sistemas de información (incluidos los datos de registros civiles y las estadísticas vitales) para obtener evidencias, entre otras cosas, sobre los factores de riesgo, la prevalencia de la nefropatía, el acceso a la atención renal, las necesidades de atención de salud no satisfechas y las morbilidad y mortalidad asociadas, en particular en los países en desarrollo y los pequeños Estados insulares en desarrollo; y fundamentar la formulación de políticas y programas, orientar la investigación y promover el establecimiento y mantenimiento de registros de nefropatías;

5) facilitar el intercambio de conocimientos, prácticas óptimas, directrices clínicas, intervenciones basadas en la evidencia para prevenir y tratar la nefropatía, y experiencias en el control de sus principales factores de riesgo, como la diabetes y la hipertensión; y apoyar el fortalecimiento de la formación, la capacitación y la fidelización de personal multidisciplinario especializado en nefrología;

6) elaborar y difundir orientaciones para financiar de forma sostenible la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la nefropatía crónica, priorizando el acceso equitativo a una atención renal integral y a la protección contra los riesgos financieros, especialmente en los países en desarrollo y en los pequeños Estados insulares en desarrollo;

- 7) apoyar a los Estados Miembros para que traten ininterrumpidamente a las personas con nefropatía durante las emergencias sanitarias y en todos los contextos humanitarios;
- 8) informar a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, incluidos los logros, los obstáculos y las recomendaciones para la adopción de nuevas medidas, como parte de la presentación de informes consolidados sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y presentar informes bienales a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en 2027, 2029 y 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA78.7 Prevención primaria y atención integrada de las deficiencias sensoriales, incluidas la deficiencia visual y la pérdida de audición, a lo largo de la vida⁴⁶

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director-General;⁴⁷

Habiendo examinado el *Informe mundial sobre la visión* y el *Informe mundial sobre la audición* y recordando las resoluciones WHA66.4 (2013), titulada «Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019», WHA70.13 (2017) sobre la prevención de la sordera y la pérdida de audición, WHA73.4 (2020) sobre la atención oftálmica integrada y centrada en la persona, incluidas la ceguera y la discapacidad visual prevenibles, la resolución 75/310 (2021) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada «Visión para Todas las Personas: acelerar la acción para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible», la resolución WHA72.2 (2019) sobre la atención primaria de salud, así como la aprobación de las primeras metas mundiales en lo que respecta al error de refracción y la cirugía de cataratas en la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud;

Recordando la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud y proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

Reconociendo que al menos 2200 millones de personas se ven afectadas por deficiencia visual y 1500 millones de personas por pérdida de audición, y observando que se prevé que la prevalencia de esas deficiencias (incluidas las discapacidades sensoriales)⁴⁸ aumente debido al crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y los cambios en los modos de vida;

⁴⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁴⁷ Documento A78/4.

⁴⁸ La expresión «deficiencias sensoriales» se refiere a todos los grados de deficiencias que afectan a una o varias funciones sensoriales, desde las deficiencias visuales y auditivas leves hasta la ceguera y la sordera. En la [Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#) se reconoce «que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás» (párrafo e) del Preámbulo), así como la importancia de eliminar las barreras existentes en la sociedad con el fin de fomentar la participación.

Expresando su preocupación por la incidencia cada vez mayor de factores adicionales de riesgo, en particular la exposición prolongada a dispositivos digitales, los niveles excesivos de ruido en entornos profesionales, domésticos y recreativos, y el hecho de no haber pasado suficiente tiempo al aire libre durante la niñez, factores que contribuyen a las deficiencias sensoriales;

Reconociendo que la incidencia y la prevalencia de la deficiencia visual y la pérdida de audición no tratadas siguen siendo desproporcionadamente elevadas en los países de ingreso mediano y bajo, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los entornos afectados por distintas emergencias, lo que se debe a menudo a un acceso limitado o inadecuado a servicios esenciales de salud y de atención y a productos de salud asequibles, equitativos y de buena calidad;

Reconociendo también que muchas de las causas de la deficiencia visual y la pérdida de audición se pueden prevenir de manera eficaz mediante el acceso a servicios de atención primaria y el fortalecimiento de la cobertura universal de salud y otras intervenciones de salud pública, como los suplementos de vitamina A, la inmunización, el suministro de lentes correctivos y de auxiliares auditivos e implantes, la prevención de los traumatismos oculares, la adopción de medidas para reducir la exposición al ruido y la ototoxicidad, y la detección oportuna y el tratamiento eficaz de la oftalmopatía y la otitis media;

Consciente de los avances tecnológicos recientes que facilitan el cribado y la detección de la deficiencia visual y la pérdida de audición, incluidas las afecciones preexistentes, en todos los grupos de edad y en diversos entornos, y reconociendo la disponibilidad de intervenciones costoeficaces y de buena calidad, en particular la cirugía de cataratas y las tecnologías de apoyo como las gafas, los auxiliares auditivos, los implantes y los servicios de rehabilitación, así como ajustes razonables, por ejemplo los intérpretes del lenguaje de señas y la alfabetización en Braille, que pueden reducir los obstáculos que impiden a las personas con deficiencias sensoriales participar activamente en la sociedad;

Expresando su preocupación por las profundas repercusiones de la deficiencia visual y la pérdida de audición no tratadas que, al interactuar con los obstáculos existentes en la sociedad, pueden afectar a la comunicación diaria, el desarrollo infantil, los logros académicos, las oportunidades de empleo, la integración social, la participación y el bienestar financiero general de las personas afectadas; reconociendo además el vínculo establecido entre la deficiencia sensorial, el deterioro cognitivo y la demencia, y tomando nota de las repercusiones económicas estimadas, que ascienden a más de USD 980 000 millones al año en el caso de la pérdida de audición no tratada⁴⁹ y a más de USD 410 700 millones en el caso de la deficiencia visual no tratada a nivel mundial;⁵⁰

Reconociendo que las repercusiones económicas que entraña la pérdida de audición o la deficiencia visual se deben a la pérdida de productividad, la estigmatización y la exclusión social que tienen lugar cuando estas deficiencias se siguen desatendiendo;

Expresando además su preocupación por los obstáculos que existen en relación con la disponibilidad, la asequibilidad y la accesibilidad de servicios de atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, en particular a nivel de la comunidad y de la atención primaria de salud, en

⁴⁹ McDaid D, Park AL, Chadha S. Estimating the global costs of hearing loss. *Int J Audiol*. Marzo de 2021; 60(3):162-170. doi: 10.1080/14992027.2021.1883 197. Epub 16 de diciembre de 2021. PMID: 33590787.

⁵⁰ Burton MJ, Ramke J, Marques AP, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(4):e489-e551. doi: 10.1016/S 2214((109))X(20)3048 8-5.

particular la poca sensibilización pública, la escasez de personal de salud capacitado, la inadecuación de la infraestructura y las políticas y de la financiación sostenible y los elevados costos directos de la atención, que se traducen en una cobertura de las intervenciones significativamente inferior, sobre todo entre las comunidades subatendidas y las personas desaventajadas desde un punto de vista social, económico o sistémico. Observando además la ausencia de una inclusión integral de los servicios pertinentes en los conjuntos nacionales de prestaciones de salud y la cobertura universal de salud, y la inexistencia de datos suficientes para los marcos nacionales de seguimiento y evaluación pertinentes;

Recordando que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tienen una o varias deficiencias físicas, mentales, intelectuales, psicosociales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversos obstáculos ligados al entorno o económicos, jurídicos o actitudinales existentes en la sociedad, incluidas la discriminación y la estigmatización, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, y pueden limitar su acceso a servicios esenciales de salud y de atención, incluida la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, y recordando también la necesidad de contar con datos fiables, comparables y desglosados por discapacidad;

Reconociendo que la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva abarca la promoción, la prevención, la identificación, el tratamiento y la rehabilitación de las afecciones oculares y otológicas, así como las intervenciones para la pérdida de audición o las deficiencias visuales;

Observando que la integración de políticas basadas en la evidencia, incluidas las relativas a la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, puede aportar ventajas considerables a las personas con deficiencias y discapacidades sensoriales, al mejorar el lenguaje y la comunicación y fomentar la conexión social, los logros educativos y las oportunidades de empleo, además de reducir el riesgo de deterioro cognitivo y de generar un rendimiento estimado de aproximadamente USD 20 por cada dólar invertido en prevención y atención,^{51,52}

Reafirmando los compromisos para la adopción de medidas esbozados en resoluciones anteriores, en particular las resoluciones WHA70.13 sobre la prevención de la pérdida de audición y la sordera; WHA73.4 sobre la atención oftálmica integrada y centrada en la persona, incluidas la ceguera y la discapacidad visual prevenibles; WHA74.8 (2021) sobre el logro del más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad; WHA76.6 (2023) sobre el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud y WHA71.8 (2018) sobre la mejora del acceso a la tecnología de asistencia;

Recordando el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 y el proyecto de hoja de ruta para su aplicación en 2023-2030 y armonizando esa labor con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 4, en los que se reconocen las necesidades y el acceso en condiciones equitativas de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, a una atención de salud y una educación de buena calidad;

⁵¹ Tordrup D, Smith R, Kamenov K, et al. Global return on investment and cost-effectiveness of WHO's HEAR interventions for hearing loss: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e52-e62. doi: 10.1016/S2214-1099(21)00447-2.

⁵² [Transforming Lives: An Investment Case for Eye Health, The Fred Hollows Foundation e Instituto de Estudios Económicos Estratégicos de la Universidad de Victoria](#) (consultado el 28 de febrero de 2025).

Observando con preocupación que las enfermedades oculares y otológicas, así como la deficiencia visual y la pérdida de audición, no suelen estar suficientemente atendidas en los marcos de atención primaria de salud que abarcan todo el ciclo de vida, por lo que sigue habiendo importantes lagunas en la prestación de servicios a las personas afectadas;

Reafirmando la obligación de prestar servicios de salud y de atención sobre la base de un consentimiento libre, previo e informado y respetando y promoviendo los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y la capacidad jurídica, así como de respetar la diversidad y las necesidades de las personas con discapacidad, en particular por medio de la educación y la formación del personal de salud y asistencial y la promulgación de normas éticas para los servicios de salud y de atención públicos y privados;

Agradeciendo los esfuerzos prolongados y constantes desplegados por la Secretaría de la OMS, los Estados Miembros y los asociados internacionales para prevenir y tratar las enfermedades oculares y otológicas y reducir los efectos de la deficiencia visual y la pérdida de audición, reconociendo al mismo tiempo la necesidad apremiante de medidas de salud pública generalizadas, sostenidas y específicas con el fin de intensificar los esfuerzos encaminados a prevenir la pérdida de audición y la deficiencia visual,

1. INSTA a los Estados Miembros⁵³ a que, en consonancia con su contexto y prioridades nacionales concretas, tengan a bien:

- 1) adoptar o adaptar y aplicar las recomendaciones formuladas en el *Informe mundial sobre la visión* y en el *Informe mundial sobre la audición*, incorporando la atención integral ocular, oftalmológica, otológica y auditiva a lo largo de la vida en tanto que elemento central de los planes nacionales de salud, según proceda, y las iniciativas de atención primaria de salud como parte del logro de la cobertura universal de salud;
- 2) prestar apoyo a las personas con deficiencias visuales, pérdida de audición y discapacidades sensoriales promoviendo el acceso a servicios integrales e integrados de salud y atención, en particular atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva a lo largo de su vida, haciendo hincapié en el acceso equitativo a tecnologías de apoyo, servicios de rehabilitación y elementos de comunicación inclusiva, como el acceso a la lengua de señas y la interpretación, la subtitulación y otros elementos de accesibilidad;
- 3) integrar sistemáticamente los servicios de intervención temprana y de exámenes oftalmológicos y auditivos en los servicios de salud y de atención a lo largo de la vida, prestando atención especial a las poblaciones de alto riesgo;
- 4) ampliar, según sea pertinente, la disponibilidad de atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, y fomentar la capacidad de recursos humanos cualificados para prestarla, mediante la formación teórica y práctica de los trabajadores de la salud en el nivel primario, fomentando prácticas y enfoques innovadores en la prestación de servicios;
- 5) adoptar reglamentos sobre el alcance de la práctica y las competencias con el fin de garantizar que la atención sea de alta calidad a lo largo del proceso continuo de atención;

⁵³ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 6) establecer y aplicar políticas, en consonancia con las normas y criterios publicados por la OMS, para el suministro y uso de equipo de protección, y el control del ruido en entornos laborales, lugares de entretenimiento y sistemas de audio personales, así como para el control de los medicamentos y productos químicos ototóxicos;
- 7) velar por la integración de la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva en los conjuntos de prestaciones y los servicios nacionales de salud y reforzar la sostenibilidad de los mecanismos de financiación de gafas, auxiliares auditivos e implantes, incorporándolos en los conjuntos de prestaciones y servicios de salud, y por su disponibilidad en las comunidades subatendidas, según sea necesario;
- 8) realizar investigaciones de salud pública de alta calidad sobre la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva;
- 9) reforzar el seguimiento y evaluación de los servicios de atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva y de las tecnologías de apoyo, mediante sistemas adecuados de vigilancia y seguimiento, en particular integrando indicadores para el seguimiento de los servicios de atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva y de las tecnologías de apoyo en los sistemas nacionales de información sanitaria, según proceda, las encuestas y los programas de garantía de la calidad y la evaluación de la tecnología de la salud;
- 10) velar por que las políticas económicas y de integración social traten de reducir las desigualdades, promover el acceso a los servicios sociales básicos, la educación, las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para todas las personas y los servicios de salud y de atención, con inclusión de la salud mental y el bienestar psicosocial, eliminar la discriminación, y aumentar la participación y la integración e inclusión de los grupos sociales, en particular de las personas con deficiencias y discapacidades sensoriales;

2. EXHORTA a los asociados pertinentes, en particular a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, el sector privado, las organizaciones de personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, y a las universidades, a:

- 1) proporcionar, en colaboración con los Estados Miembros, apoyo técnico para la aplicación en los países de las recomendaciones contenidas en el *Informe mundial sobre la visión* y el *Informe mundial sobre la audición*, así como para la elaboración y aplicación de directrices y políticas orientadas por la evidencia;
- 2) prestar apoyo a los Estados Miembros mediante, entre otras cosas, el fomento de alianzas público-privadas que estén alineadas con los planes, legislación y prioridades nacionales, para ampliar la cobertura de la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva en los países, velando al mismo tiempo por que dicha atención sea accesible, sostenible, asequible y de alta calidad, y respetando la privacidad de los datos;
- 3) apoyar las actividades de seguimiento de la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, en particular mediante el intercambio de datos sobre productos de salud a lo largo de la cadena de valor y la promoción de las mejores prácticas relacionadas con la protección del consumidor respecto de los productos personales para la audición y la vista; y
- 4) fortalecer la coordinación y los enfoques multisectoriales en que participen los Estados Miembros, la OMS, las instituciones multilaterales, las organizaciones de la sociedad civil, las entidades del sector privado, las organizaciones de personas con discapacidad y las

organizaciones que las representan, así como la colaboración activa de las comunidades en general, para ampliar equitativamente el acceso a la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva;

3. Pide al Director General que tenga a bien:

- 1) prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para que integren la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva en la atención primaria de salud, como parte de los esfuerzos por lograr la cobertura universal de salud, y mejoren la cobertura efectiva de auxiliares auditivos, implantes y gafas entre la población afectada;
- 2) proporcionar orientaciones para la integración de los servicios de intervención temprana y de exámenes oftalmológicos y auditivos en los programas escolares y ocupacionales y otros enfoques pertinentes de salud pública y para las enfermedades no transmisibles en un planteamiento que abarque todo el curso de la vida;
- 3) trabajar en colaboración con los Estados Miembros y los asociados de la industria, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, para la adopción de las normas y criterios pertinentes para una visión y audición seguras y para impulsar un cambio de comportamiento en la población destinataria para la prevención de la pérdida de audición y de las deficiencias visuales, en particular, según proceda, mediante la aplicación del programa «MyopiaEd» y la iniciativa «Escuchar sin riesgos»;
- 4) seguir observando anualmente el Día Mundial de la Audición y el Día Mundial de la Visión, con el fin de concienciar a la población sobre las deficiencias sensoriales, así como sobre la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva, reduciendo al mismo tiempo la estigmatización asociada a la deficiencia visual y la pérdida de audición y el uso de ayudas técnicas;
- 5) reforzar la colaboración para la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva a través del Foro Mundial de la Audición y la iniciativa SPECS 2030;
- 6) coordinar la recopilación de datos para el seguimiento de los progresos mundiales, así como los progresos hacia la meta sobre la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva para 2030;
- 7) elaborar orientaciones sobre cómo integrar la atención ocular, oftalmológica, otológica y auditiva en los sistemas de financiación pública generales (y no solamente del sector de la salud) y tener en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad, en particular con discapacidades sensoriales;
- 8) informar sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027, la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029 y la 84.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA78.8 Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino⁵⁴

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁵⁵

Recordando la resolución WHA73.2 (2020) en la que, entre otras cosas, se adoptó la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como Problema de Salud Pública, se instaba a los Estados Miembros a que adoptaran medidas para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino mediante la prevención, incluida la vacunación, la detección y el tratamiento, y adoptando un enfoque sistémico holístico respecto de los programas contra el cáncer de cuello uterino, se pedía a las organizaciones internacionales y a las partes interesadas que dieran prioridad a las actividades para eliminar el cáncer de cuello uterino mediante la prevención, en particular la vacunación, la detección y el tratamiento, y se pedía al Director General que prestara apoyo a los Estados Miembros con miras a aplicar la estrategia mundial y fortalecer la participación de las partes interesadas a fin de alcanzar las metas para 2030;

Recordando también la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, especialmente el Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), el Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y el Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en los países y entre ellos);

Reconociendo que todo ser humano tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación;

Reconociendo también la importancia de dar prioridad a la salud de las mujeres y las niñas, especialmente las que viven con el VIH, y de abordar las estigmatizaciones asociadas, la desigualdad de género y los obstáculos para acceder a los servicios de atención de la salud relacionados con el cáncer de cuello uterino promoviendo un acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, la vacunación contra el virus de los papilomas humanos y el cribado del cáncer de cuello uterino y su tratamiento, como parte de un sistema integrado de atención de la salud, de conformidad con las prioridades y los contextos nacionales;

Reconociendo además la carga desproporcionada que pesa sobre las mujeres que viven con el VIH, que tienen más probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino;

Reconociendo que, aunque el cáncer de cuello uterino es prevenible, tratable y curable si se detecta de manera precoz y se trata adecuadamente, sigue siendo una de las causas más frecuentes de morbilidad y defunción relacionadas con el cáncer entre las mujeres de todo el mundo, puede aumentar la infertilidad y su carga es desproporcionada en los países en desarrollo;

Reconociendo también los esfuerzos de la OMS, incluidas sus oficinas regionales y sus oficinas en los países, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer y otras organizaciones internacionales para fortalecer la capacidad de los trabajadores de la salud de

⁵⁴ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁵⁵ Documento A78/4.

primera línea impartiendo capacitación en técnicas de cribado y tratamiento, así como educación sobre las vacunas,

Reconociendo además la necesidad de promover el acceso a los servicios de cribado del cáncer de cuello uterino, incluida, potencialmente, la disponibilidad de medios para que las personas puedan tomar sus propias muestras, lo que puede infundir un sentimiento de empoderamiento y participación;

Reconociendo que el virus de los papilomas humanos es la causa principal del cáncer de cuello uterino en las mujeres y que también puede provocar otros cánceres en hombres y mujeres, y que, pese a la disponibilidad de vacunas, la cobertura de inmunización contra el virus de los papilomas humanos en las niñas menores de 15 años está muy lejos del objetivo del 90 % para 2030;

Reconociendo también que los enfoques eficaces de prevención primaria (vacunación contra el virus de los papilomas humanos) y secundaria (cribado y tratamiento de las lesiones precancerosas) pueden prevenir la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino;

Recalcando que la vacunación contra el virus de los papilomas humanos y el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas son estrategias sumamente costoeficaces para prevenir el cáncer de cuello uterino;

Reconociendo que potenciar la sensibilización pública y el acceso a información y servicios son elementos importantes para la prevención y el control de enfermedades a lo largo del curso de la vida;

Recordando el carácter histórico de la resolución WHA73.2 (2020), la primera resolución que aspira a la eliminación mundial de un cáncer, y de la puesta en marcha el 17 de noviembre de 2020, para acompañar la resolución, de la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como Problema de Salud Pública;

Tomando nota de las respuestas positivas en todas las regiones a la puesta en marcha de la estrategia mundial, así como de las actividades continuadas de defensa, planificación, acción y promoción de la salud que se han llevado a cabo el 17 de noviembre de cada año para conmemorar ese día, lo que alienta la colaboración de la comunidad, promueve los servicios de prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mantiene centrada la atención en la importancia de la solidaridad entre los países en el empeño de eliminar un cáncer por vez primera en el mundo,

1. INSTA a los Estados Miembros a que tengan a bien:

1) declarar el 17 de noviembre como Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, que se conmemorará cada año a partir de noviembre de 2025, con el fin de seguir alentando y manteniendo las iniciativas mundiales para la eliminación del cáncer de cuello uterino;

2) aportar recursos suficientes para ampliar los servicios de atención de la salud de modo que abarquen las iniciativas en materia de eliminación del cáncer de cuello uterino, de conformidad con las prioridades y los contextos nacionales, y en el contexto del logro de la cobertura universal de salud;

- 3) promover y apoyar la conmemoración anual del Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino para lograr un acceso equitativo a la cobertura universal de salud.
2. PIDE al Director General que tenga a bien:
 - 1) aprovechar el Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino para seguir fortaleciendo, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, la participación de las partes interesadas en las actividades de coordinación, innovación y movilización de recursos destinadas a apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros para eliminar el cáncer de cuello uterino, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA73.2(2020) y otros mandatos aplicables;
 - 2) seguir poniendo de relieve los esfuerzos de los Estados Miembros para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, fortalecer los registros del cáncer poblacionales y utilizar los registros de vacunación y cribado contra el cáncer de cuello uterino para medir los avances en pro de la consecución de las metas de eliminación, y hacer hincapié en que esas mediciones son cruciales para garantizar la vacunación temprana y de fácil acceso contra el virus de los papilomas humanos;
 - 3) coordinar los esfuerzos y la participación de los tres niveles de la Organización, en particular a nivel regional, para armonizar las actividades, fomentar la colaboración y maximizar el impacto de las campañas de sensibilización y prevención para eliminar el cáncer de cuello uterino.
 3. RECOMIENDA a las partes interesadas y/o los asociados que tengan a bien:
 - 1) mejorar la colaboración multilateral e internacional en cuanto a la promoción de conocimientos, servicios seguros, asequibles y de calidad y productos e intervenciones en la esfera de la atención de la salud para todas las personas a fin de acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública en consonancia con la consecución de la cobertura universal de salud y otros compromisos regionales conexos, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses;
 - 2) aprovechar el Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino para intensificar su apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros y su compromiso con ellos en la tarea de alcanzar los objetivos pertinentes, de conformidad con las prioridades y los contextos nacionales.
 4. RESUELVE, de acuerdo con el párrafo 1. 1), que se declare el 17 de noviembre como Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, que se conmemorará cada año a partir de noviembre de 2025, con el fin de seguir alentando y manteniendo las iniciativas mundiales para la eliminación del cáncer de cuello uterino.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA78.9 Fomento de la conexión social para la salud mundial: el papel esencial de la conexión social en la lucha contra la soledad, el aislamiento social y las inequidades en salud⁵⁶

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁵⁷

Reafirmando el principio enunciado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que define la salud como un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, y reconociendo que el bienestar social es una dimensión integral, si bien a menudo se deja de lado, de la salud en sentido general;

Considerando que la conexión social es un determinante social de la salud y que puede estar vinculada a otros determinantes sociales, económicos y ambientales, lo que genera efectos acumulativos sobre la salud;

Reconociendo que las tecnologías digitales tienen un efecto profundo y complejo en la conexión social, que debe comprenderse y gestionarse mejor para fortalecer las conexiones sociales para la salud y el bienestar;

Reconociendo que la conexión social es un término genérico que describe la manera como las personas se relacionan e interactúan entre sí y que el aislamiento social y la soledad, cuando son crónicos, son formas de desconexión social, que afectan negativamente a la salud física y mental, la esperanza de vida y el bienestar;

Tomando nota de que las desigualdades y los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud pueden exacerbar la soledad y el aislamiento social, y reconociendo que no todos los miembros de la sociedad experimentan estas situaciones por igual, siendo algunos más propensos a verse afectados, de manera desproporcionada;

Tomando nota también de que los datos sobre la desconexión social, el aislamiento social y la soledad, en particular los relativos a su prevalencia y sus causas, y sobre sus efectos en la salud y el bienestar siguen siendo escasos, especialmente en los países en desarrollo;

Recordando la resolución WHA62.14 (2009), sobre la reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud; la resolución WHA65.8 (2012), sobre los resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud; y la resolución WHA74.16 (2021), sobre los determinantes sociales de la salud, en la que se pide que se reduzcan las inequidades y las desigualdades en materia de salud y la distribución desigual de los recursos de salud dentro de los países y entre ellos;

Recordando también la resolución WHA71.8 (2018), en la que se reconoce que el acceso a la tecnología de asistencia permite y promueve la inclusión y la participación y colaboración plenas en la sociedad, incluida la capacidad para conectar socialmente;

⁵⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁵⁷ Documento A78/4.

Reconociendo que una conexión social de calidad contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tal y como se establece en la resolución 70/1(2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y el Objetivo 10, que busca reducir las desigualdades en los países y entre ellos; reconociendo al mismo tiempo que es probable que otros objetivos de salud pública mundial sigan siendo inalcanzables si no se pone el foco en la conexión social;

Teniendo en cuenta que una conexión social de buena calidad y positiva puede prevenir y reducir el aislamiento social y la soledad, mejorando la salud física y mental y prolongando la duración de la vida, y contribuye asimismo a promover comportamientos saludables;

Teniendo en cuenta también que, por su parte, la desconexión social, específicamente el aislamiento social y la soledad, se asocian a enfermedades cardiovasculares y afecciones de salud mental, como la depresión, la demencia y otros tipos de deterioro cognitivo, y que tienen efectos adversos en las personas, las comunidades y las sociedades;

Reconociendo que el efecto de la soledad y el aislamiento social sobre la salud se vio exacerbado durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), que afectó a todos los grupos de edad;

Reconociendo también la importancia de promover una conexión social y una participación social de buena calidad, y de abordar el aislamiento social y la soledad, a fin de reducir las inequidades y las desigualdades en materia de salud y bienestar, en particular entre quienes están en situaciones de vulnerabilidad;

Reconociendo además que abordar los determinantes sociales de la salud implica adoptar medidas para abordar o comprender mejor los factores relacionados con el género y la edad, entre otros, que moldean las conexiones sociales y que pueden prevenir el aislamiento social y la soledad y darles respuesta;

Tomando nota del informe del Director General sobre salud mental y conexión social,⁵⁸ en el que se afirma que la urgencia de abordar la conexión social se hace patente por la creciente evidencia sobre sus vínculos con la salud, junto con los cambios tecnológicos (por ejemplo, las redes sociales y el trabajo a distancia) y las tendencias sociales a largo plazo, como el declive de las estructuras familiares extensas, el aumento de los hogares unipersonales, la mayor movilidad, la reducción de la práctica religiosa en muchos países, una mayor longevidad y los efectos de los conflictos y los desastres;

Insistiendo en que los valores culturales desempeñan un papel importante para promover la conexión social, a través de una mejor inclusión y cohesión sociales;

Tomando nota con agradecimiento de los avances realizados en el seno de la Comisión de la OMS sobre Conexión Social,

⁵⁸ Documento EB156/8.

1. INSTA a los Estados Miembros⁵⁹ a que, teniendo en cuenta los contextos y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) elaborar políticas, programas y estrategias sobre la conexión social basados en la evidencia y/o integrar estas cuestiones en las políticas, programas y estrategias de salud existentes y nuevos, en particular los que se ocupan de los determinantes sociales de la salud;
- 2) poner en marcha o reforzar, cuando proceda, campañas de concienciación pública para hacer hincapié en la importancia de una conexión social positiva para la salud mental y física y para el bienestar en general, tratando al mismo tiempo de reducir la estigmatización en torno a la soledad en todas las etapas de la vida;
- 3) fortalecer los sistemas nacionales de seguimiento social y en materia de salud, cuando proceda, a fin de evaluar y abordar la escala, los vectores y los efectos de la conexión y la desconexión social en los resultados de salud pública;
- 4) elaborar e incorporar indicadores, según proceda, sobre tecnología digital y entornos digitales para evaluar y abordar sus efectos en la conexión social, desglosables por edad, sexo, discapacidad y cualquier otro factor pertinente en materia de equidad o contexto;
- 5) elaborar, aplicar y evaluar las mejores estrategias basadas en la evidencia actualmente disponibles que promuevan la conexión social con miras a reducir el aislamiento social y la soledad, teniendo en cuenta a quienes están en situaciones de vulnerabilidad; e integrarlas en programas de promoción de la salud, prevención, manejo y recuperación de enfermedades, así como en planes de prevención, preparación y respuesta durante las emergencias sanitarias;
- 6) promover, apoyar y difundir la evidencia y las investigaciones, incluidos los estudios relacionados con los determinantes sociales de la salud y la investigación sobre los efectos de las tecnologías digitales y las plataformas de medios sociales en la conexión social, la soledad y el aislamiento social, centrándose en sus efectos en los resultados de salud, a fin de orientar las políticas y la práctica;
- 7) crear un entorno favorable a todos los niveles, mediante colaboraciones e iniciativas intersectoriales que fomenten las interacciones sociales, la inclusividad y el apoyo mutuo, en particular a través de la participación social;
- 8) fortalecer la colaboración entre los sectores de la cultura y la salud para promover la inclusión y la cohesión sociales;
- 9) integrar medidas que promuevan el uso seguro y responsable de la tecnología digital, incluidos los medios sociales y la inteligencia artificial, para avanzar en la conectividad social.

⁵⁹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

2. ALIENTA a los agentes internacionales, las organizaciones intergubernamentales y los agentes no estatales, incluidos el sector privado, las instituciones académicas, los donantes y la sociedad civil, a que colaboren con los Estados Miembros y la Secretaría para:

- 1) abordar los determinantes de la desconexión social y promover una conexión social positiva;
- 2) apoyar el intercambio, la difusión y la evaluación de los efectos de los conocimientos, la información y las mejores prácticas sobre una conexión social de alta calidad y/o positiva, la soledad y el aislamiento social, y la salud y el bienestar físico y mental;
- 3) contribuir a mejorar unos entornos favorables para la conexión social y aprovechar las tecnologías y las innovaciones que promueven la conexión social y se ocupan del aislamiento social y la soledad;
- 4) promover el establecimiento de estrategias, extrayendo enseñanzas de las que ya están en marcha, colmando las lagunas en términos de conocimientos, alentando la investigación al respecto y favoreciendo las sinergias entre los países.

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) incluir la conexión social y las medidas conexas que pueden prevenir y responder a la soledad y el aislamiento social en cuanto que componente importante de la agenda de salud pública de la OMS, las prioridades en materia de investigación y las iniciativas de creación de capacidad en todas las divisiones de la OMS y en los tres niveles de la Organización;
- 2) prestar apoyo técnico para la elaboración de estudios interregionales que tengan en cuenta los contextos pertinentes de carácter cultural, social y de otra índole, según proceda, a fin de mejorar los datos disponibles a fin de orientar políticas basadas en la evidencia;
- 3) prestar asistencia técnica y apoyo en materia de creación de capacidad a los Estados Miembros que lo soliciten en la tarea de formular y aplicar políticas e intervenciones que mejoren las conexiones sociales, por ejemplo a través de la participación social;
- 4) proporcionar asistencia técnica, en la medida de lo posible y previa solicitud, para integrar la conexión social y prevenir el aislamiento social y la soledad, entre otras cosas, mediante el uso de tecnologías digitales para reducir los efectos negativos en las conexiones sociales, en las iniciativas encaminadas a proporcionar cobertura universal de salud y atención primaria de salud, y fortalecer los sistemas de salud, en particular a fin de prevenir los desafíos para la salud, estar preparados para ellos y darles respuesta;
- 5) prestar apoyo mediante asistencia técnica a fin de movilizar recursos nacionales e internacionales para fortalecer la labor intersectorial y el desarrollo local con miras a robustecer la conexión social y reducir el aislamiento social y la soledad;
- 6) elaborar recomendaciones y orientaciones sobre la forma de abordar la conexión social en las políticas y programas nacionales de salud;
- 7) colaborar con los Estados Miembros y otros organismos especializados pertenecientes a las Naciones Unidas para promover la conexión social, el aislamiento social y la soledad en cuanto que determinantes sociales de la salud;

8) presentar un informe sobre los resultados de la Comisión de la OMS sobre Conexión Social al Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión; presentar un informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 160.ª reunión; y, posteriormente, presentar informes sobre la marcha de la labor relacionada con la presente resolución a la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2029, y a la 84.ª la Asamblea Mundial de la Salud, en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA78.10 Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la toma de decisiones basadas en la evidencia para la adopción y el impacto de normas y criterios⁶⁰

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁶¹

Recordando el compromiso colectivo de lograr la cobertura universal de salud y el papel que tiene la evidencia, el conocimiento y la innovación en la promoción de la calidad de la atención, la mejora de la protección financiera y el impulso de efectos positivos;

Reconociendo la condición única de la OMS como organización basada en la ciencia y la evidencia, y su liderazgo normativo, tal como se indica en su Constitución y en el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, con su renovado enfoque en el impacto a nivel nacional, entre otras cosas mediante la entrega oportuna, la ampliación del acceso y la adopción de los productos normativos, técnicos y de datos de la Organización;

Recordando las experiencias vividas durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y la necesidad de una orientación clínica y de salud pública sólida y oportuna que sea pertinente para el contexto y responda a las necesidades locales y a las cuestiones de equidad;

Reconociendo que la evidencia científica es una base importante para el desarrollo de orientaciones clínicas y de salud pública; y reconociendo también el valor de la ciencia y de la evidencia de alta calidad para garantizar que la información compleja se sintetice y esté disponible en formatos accesibles para los usuarios finales a fin de orientar la práctica y mejorar los efectos en la salud;

Preocupado por el hecho de que existen importantes carencias, entre otras la falta de recursos adecuados, en la capacidad de los países para producir y utilizar evidencias locales y mundiales pertinentes en la elaboración de nuevas directrices clínicas y de salud pública o en la adaptación de las directrices existentes con sistemas adecuados de retroalimentación para medir la costoeficacia y la calidad de la atención clínica, la orientación y las políticas de salud pública, y su impacto en la salud y el bienestar de la población;

⁶⁰ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁶¹ Documento A78/4.

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la resolución WHA75.8 (2022) sobre el fortalecimiento de los ensayos clínicos para proporcionar evidencias de alta calidad sobre las intervenciones de salud y mejorar la calidad y coordinación de las investigaciones, y la resolución WHA63.21 (2010) sobre la función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias;

Reconociendo las recomendaciones de la evaluación externa sobre la función normativa de la OMS a nivel nacional en la que se estudia el impacto y la eficacia de los productos normativos de la Organización en el contexto de cada país;⁶²

Recalcando el papel fundamental de las normas y criterios de la OMS basados en la evidencia en la adopción de decisiones en materia de salud y la necesidad de mantener la confianza en el sistema de salud y en los procesos de salud a nivel mundial para establecer normas y criterios, especialmente a la luz de la información errónea y la desinformación;

Subrayando la necesidad de fomentar un liderazgo y una innovación clínica y de salud pública fuertes a nivel local y regional, centrados en el ser humano y basados en la ciencia y la evidencia, lo cual es la clave para crear un entorno favorable para la inversión local en investigación, infraestructura de salud pública y otros sistemas de apoyo a nivel local y regional;

Reconociendo la importancia de prestar apoyo en cuestiones prioritarias locales y de aportar información para la investigación específica del contexto, mediante por ejemplo investigaciones sobre la aplicación, la innovación local y el desarrollo de productos para enfermedades prioritarias, donde se incluyan los esfuerzos en curso, como aquellos sobre enfoques probados y centrados en vacunas, medios de diagnóstico, tratamientos y suministros médicos de calidad, y sin olvidar las intervenciones no farmacológicas, digitales, de salud pública y de prevención,

1. INSTA a los Estados Miembros⁶³ a que, con arreglo a sus contextos nacionales, tengan a bien:
 - 1) institucionalizar, según corresponda, estructuras, sistemas y procesos para el desarrollo y la adaptación de la orientación clínica y de salud pública;
 - 2) fortalecer el control de calidad nacional, así como los marcos y autoridades de reglamentación, para facilitar la adopción adecuada de recomendaciones clínicas y de salud pública a nivel mundial;
 - 3) mejorar y sostener la inversión destinada a fortalecer la capacidad nacional para la adaptación de directrices y la adopción oportuna de productos normativos, entre ellos las tecnologías digitales adecuadas para los fines previstos que se adapten a las necesidades de salud pública y a los niveles de madurez de sus respectivos sistemas de salud;
 - 4) fortalecer los marcos jurídicos y de política y el apoyo interno para fomentar una investigación y desarrollo de alta calidad con miras a proporcionar datos contextuales con los que facilitar la adopción, adaptación o Desarrollo *de novo* de directrices clínicas y de salud pública, según sea necesario; y apoyar el seguimiento y la evaluación del uso y el impacto de estas directrices para mejorar y lograr efectos en la salud más equitativos;

⁶² [WHO normative function at country level: evaluation report](#). Geneva: World Health Organization; 2024 (consultado el 3 de marzo de 2025).

⁶³ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 5) coordinar esfuerzos para fortalecer la generación, síntesis y uso de evidencia para la toma de decisiones, y difundir y utilizar con éxito recomendaciones clínicas y de salud pública, y lograr con ellas impacto a nivel local;
- 6) facilitar la investigación colaborativa y multinacional sobre marcos para la toma de decisiones en cuestiones de salud que se centran en recomendaciones clínicas y de salud pública, teniendo en cuenta los contextos nacionales y regionales y las prácticas de reglamentación;
- 7) crear o apoyar un entorno propicio, por ejemplo mediante marcos técnicos y de reglamentación para la aplicación de directrices clínicas y de salud pública, en el que pueda recibirse información sobre el impacto para permitir el establecimiento de prioridades en la salud y la toma de decisiones basadas en la evidencia;
- 8) considerar la opción de utilizar una evaluación económica y el establecimiento de prioridades en la elaboración de directrices nacionales y el impacto financiero de la difusión y la aplicación;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) asegurarse de que los productos normativos de la OMS: sigan siendo de alta calidad y se adapten al contexto local, prestando especial atención a los países en desarrollo, incluidos los pequeños Estados insulares; sean generados para responder a las necesidades de los Estados Miembros, y se diseñen y entreguen de manera oportuna para crear impacto;
- 2) utilizar el poder de convocatoria de la OMS con el fin de proporcionar y apoyar plataformas para las partes interesadas pertinentes de manera sistemática e integrada en todo el espectro desde la evidencia hasta las políticas y la aplicación, utilizando sistemas digitales y un enfoque vivo,⁶⁴ a los productos normativos de la Organización para la aplicación y el impacto en los países;
- 3) determinar cuáles son los obstáculos a los que se enfrentan los Estados Miembros para adoptar y aplicar los productos normativos de la OMS, y prestar apoyo a aquellos que lo soliciten en el establecimiento de prioridades y en la creación de capacidad y de mecanismos nacionales, según proceda, a fin de generar y utilizar pruebas contextuales con las que apoyar la adaptación y adopción sistemáticas de normas y criterios de la Organización;
- 4) apoyar el multilingüismo y velar por que los productos normativos de la OMS se publiquen en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas, y esforzarse por ampliar el posible apoyo a los Estados Miembros para la publicación de productos normativos en sus respectivos idiomas locales;
- 5) apoyar y facilitar, dentro de los países y entre ellos y entre regiones, colaboraciones para fortalecer las capacidades científicas nacionales y regionales;
- 6) encontrar oportunidades, y considerar la opción, cuando sea oportuno, de crear mecanismos de colaboración regionales, como centros de excelencia, para facilitar el acceso

⁶⁴ [Quality Assurance, Norms and Standards](#). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2025 (consultado el 4 de marzo de 2025).

de los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes a los conocimientos técnicos necesarios que se necesiten;

7) elaborar, dentro de los límites de los recursos existentes, en estrecha consulta con los Estados Miembros y con las aportaciones de las partes interesadas pertinentes, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, un marco mundial sobre la adopción y el impacto de las normas y criterios y un plan de acción mundial para la aplicación del marco en 2027;

8) fortalecer la capacidad de la Secretaría para prestar apoyo técnico a los Estados Miembros, dentro de los límites de los recursos existentes, en particular a través de la Academia de la OMS y otras plataformas de formación técnica de la Organización, para ampliar la adaptación y la aplicación de los productos normativos de la OMS en consonancia con el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, con la estructura, los recursos, los activos y las capacidades adecuados;

9) informar sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2029, y la 84.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.11 Enfermedades raras: una prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión⁶⁵

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,⁶⁶

Reconociendo que una enfermedad rara a menudo se describe como una afección de salud concreta que afecta a menos de una de cada 2000 personas o menos en la población general, y que actualmente hay más de 7000 enfermedades raras conocidas que afectan a más de 300 millones de personas en todo el mundo, de las cuales el 70 % comienzan en la infancia;⁶⁷ y reconociendo también que, si bien la frecuencia de la mayoría de las enfermedades raras puede describirse por la prevalencia, algunas de ellas pueden describirse con mayor precisión mediante la incidencia;⁶⁸

Observando que las enfermedades raras suelen ser complejas y multisistémicas, ya que afectan a múltiples órganos y provocan comorbilidades, y que muchas de estas afecciones son crónicas y progresivas y, en consecuencia, pueden dar lugar a discapacidades graves y la muerte prematura;

⁶⁵ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁶⁶ Documento A78/4.

⁶⁷ [The Lancet Global Health. «The landscape for rare diseases in 2024»](#). Editorial. (consultado el 3 de marzo de 2025).

⁶⁸ [Wang et al. Orphanet Journal of Rare Diseases. «Operational description of rare diseases: a reference to improve the recognition and visibility of rare diseases»](#) (2024), pp. 19-334 (consultado el 3 de marzo de 2025).

Reconociendo que algunas personas que viven con una enfermedad rara tienen discapacidades, las cuales pueden tener un mayor impacto en su salud, y que también pueden verse confrontadas con diversas barreras, lo que puede dificultar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás;⁶⁹

Reconociendo también que, además del impacto físico, algunas personas que viven con una enfermedad rara, sus familias y sus cuidadores pueden sufrir discriminación y consecuencias psicosociales como aislamiento, estigmatización y limitación de oportunidades de inclusión social, las cuales suelen intensificarse por la falta de concienciación y de conocimiento públicos, así como por la ausencia, el alcance limitado o la mala aplicación de políticas y apoyo social;

Reconociendo asimismo que las personas que viven con una enfermedad rara (incluidas aquellas cuya enfermedad no se ha diagnosticado) y sus familias y cuidadores pueden ser vulnerables desde el punto de vista psicológico, social y económico en el curso de su vida y enfrentarse a ciertas dificultades en varios ámbitos, entre ellos la salud física y mental, la educación, el empleo, el bienestar financiero y el ocio;

Recalcando la importancia de adoptar un enfoque integrado y centrado en el paciente para responder a las necesidades de las personas que viven con una enfermedad rara, centrándose en mejorar su funcionamiento y trabajando con la sociedad para eliminar, en la medida de lo posible, las barreras con las que se ven confrontadas para acceder a la salud, la educación, el empleo y otros ámbitos de la vida;

Tomando nota de que los elevados precios de muchos productos de salud para enfermedades raras, la falta de un acceso equitativo a dichos productos dentro de los países y entre ellos y las dificultades financieras asociadas a sus elevados costos acarrearán importantes dificultades para algunas de las personas que viven con una enfermedad rara;

Reconociendo que, desde una perspectiva de equidad, las mujeres y los niños que viven con una enfermedad rara tienen más dificultades para acceder a la atención, dificultades que incluyen el diagnóstico tardío, prejuicios en la evaluación de sus síntomas y un menor acceso a un tratamiento oportuno y adecuado, lo que afecta significativamente a su calidad de vida y a sus resultados generales de salud;

Reconociendo también la importancia de lograr la cobertura universal de salud, en particular para las personas que viven con una enfermedad rara y sus familias y cuidadores, y que la cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, a conjuntos determinados a nivel nacional de servicios de salud esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en relación con las enfermedades, así como a medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías de salud esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, incluidas las tecnologías de apoyo, garantizándose que el costo de la utilización de estos servicios no genere dificultades financieras;

⁶⁹ Resolución WHA74.8 (2021).

Reconociendo asimismo la importancia de aplicar una atención integrada en la que el sistema de salud se contemple junto con los servicios sociales y comunitarios, con el fin de permitir que las personas que viven con una enfermedad rara consigan una salud y un bienestar óptimos;

Reconociendo que para mejorar la salud física y mental, el bienestar y la esperanza de vida de todos es esencial lograr la cobertura universal de salud, también de las personas que viven con una enfermedad rara;

Recordando en particular la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos), la declaración política de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal de 2019,⁷⁰ en la que se incluyen las enfermedades raras, y la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal de 2023,⁷¹ en la que se reafirma el compromiso de garantizar que no se deje a nadie atrás, y otras resoluciones y declaraciones universalmente acordadas;

Recordando también la resolución 76/132 (2021) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada «Abordar los retos de las personas que viven con una enfermedad rara y de sus familias», que allanó el camino para una mayor integración de las enfermedades raras en la agenda y las prioridades del sistema de las Naciones Unidas;

Observando que conseguir el diagnóstico correcto puede llevar más de cinco años, que muchas personas que viven con una enfermedad rara nunca reciben un diagnóstico oportuno o adecuado, aunque casi la mitad de las enfermedades genéticas comienzan en la infancia, y que la falta de programas de tamizaje, incluido el tamizaje neonatal, y las desigualdades en el acceso a los servicios, las infraestructuras y los conocimientos especializados en materia de diagnóstico contribuyen al retraso en el diagnóstico y la atención;

Tomando nota también de que, para las personas no diagnosticadas con una presunta enfermedad rara, el acceso a un procedimiento coordinado de diagnóstico e investigación ofrece una esperanza excepcional para obtener antes un diagnóstico, como ha reconocido el Consorcio Internacional de Investigación sobre las Enfermedades Raras;

Recordando la resolución WHA76.5 (2023) relativa al fortalecimiento de la capacidad en materia de medios de diagnóstico, en la que se reconoce que los servicios de diagnóstico son de crucial importancia para la prevención, el diagnóstico, el manejo de casos, el seguimiento y el tratamiento de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, tropicales desatendidas y raras, y en la que se hace hincapié en el acceso equitativo a los medios de diagnóstico para todos y se destaca la importancia de estos medios para la prestación de servicios de salud, desde la prevención hasta el tratamiento, así como del acceso a proyectos de investigación sobre diagnóstico;

Recordando también la resolución WHA75.8 (2022) relativa al fortalecimiento de los ensayos clínicos para proporcionar evidencias de alta calidad sobre las intervenciones de salud y mejorar la calidad y coordinación de las investigaciones, en la que la Asamblea de la Salud pidió a los Estados Miembros que, entre otras cosas, impulsaran «la orientación de los ensayos clínicos hacia la

⁷⁰ Resolución 74/2 (2019) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁷¹ Resolución 78/4 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

elaboración de intervenciones de salud que aborden las prioridades y preocupaciones de salud pública de importancia mundial, regional y nacional, en particular las enfermedades transmisibles y no transmisibles, prestando una atención especial a las necesidades de salud de los países en desarrollo, y que evalúen la seguridad y eficacia de las intervenciones de salud, en particular prestando una atención especial a las enfermedades frecuentes en los países de ingresos bajos y medianos, las necesidades médicas no satisfechas, las enfermedades raras y las enfermedades tropicales desatendidas»;

Recordando asimismo la resolución WHA77.2 (2024), relativa a la participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar, en la que la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros que, entre otras cosas, se esforzaran «por 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»;

Recordando igualmente la resolución WHA77.5 (2024), en la que la Asamblea de la Salud invitó a los Estados Miembros, entre otras cosas, a considerar la posibilidad de implantar un programa universal de cribado neonatal, incluido el cribado exhaustivo de los trastornos congénitos, y reconociendo la importancia de los programas de detección temprana, incluidos los que tratan sobre la prevención y mitigación de las afecciones de salud que pueden dar lugar a discapacidades, abordando al mismo tiempo las necesidades y consideraciones específicas relativas al diagnóstico, el manejo y una atención a largo plazo que satisfaga las necesidades de los niños afectados;

Reconociendo que la identificación temprana puede prevenir la aparición de síntomas de enfermedad o retrasar la progresión de enfermedades tanto comunes como raras y, de este modo, reducir la mortalidad y la morbilidad infantiles, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad rara y aportar beneficios significativos para ellas, sus familias, sus cuidadores y la sociedad en su conjunto;

Reconociendo la disparidad de recursos entre las zonas rurales y las urbanas dentro de los países y entre ellos, la disponibilidad limitada y la dispersión geográfica de especialistas y centros especializados en enfermedades raras y la falta de trayectorias asistenciales para pacientes, sistemas de derivación y plataformas eficaces de intercambio de conocimientos, algo que dificulta las consultas necesarias con los especialistas sobre el diagnóstico y la atención óptima de los pacientes y da lugar a un manejo clínico subóptimo para las personas que viven con una enfermedad rara;

Observando que, debido en parte a los limitados recursos para la investigación, el diagnóstico y el tratamiento, y a la falta de inversión equitativa y de incentivos financieros para el desarrollo de fármacos contra las enfermedades raras, más del 95 % de estas aún carecen de un tratamiento eficaz;

Reconociendo que, incluso cuando se dispone de tratamientos y atención, los altos costos a menudo pueden conducir a un acceso tardío, inconsistente y no equitativo;

Reconociendo también que las enfermedades raras entran en el ámbito del 14.º Programa General de Trabajo de la OMS 2025-2028, así como en el de los esfuerzos de la Organización por alcanzar los objetivos descritos en su primera prioridad estratégica de extender la cobertura universal de salud a mil millones más de personas, como se establece en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2025, y en consonancia con el contexto y las prioridades nacionales de los países;

Reconociendo asimismo que, aunque cada país, en consonancia con su contexto y prioridades nacionales, se enfrenta a dificultades excepcionales para responder a las necesidades de las personas que viven con una enfermedad rara, existen problemas comunes, como la limitación en los presupuestos de salud y la escasez de servicios especializados, recursos y conocimientos técnicos, lo que genera inequidades en materia de salud dentro de los Estados Miembros y entre ellos y colectivamente da lugar a que las personas que viven con una enfermedad rara en cualquier parte del mundo suelen tener dificultades para acceder a la atención y el apoyo que necesitan;

Destacando el compromiso de la Secretaría de promover la equidad en materia de salud y apoyar a los Estados Miembros para que velen por que todas las personas que viven con una enfermedad rara, independientemente de su condición, reciban servicios de atención de salud oportunos y adecuados;

Haciendo hincapié en la necesidad fundamental de una colaboración mundial para hacer frente a las dificultades excepcionales a las que se enfrentan las personas que viven con una enfermedad rara, sus familias y sus cuidadores, especialmente sus madres, en particular mediante la aplicación de políticas y programas para prevenir y combatir la estigmatización y la exclusión social, la recopilación de datos precisos y una mayor concienciación, en consonancia con el contexto y las prioridades nacionales de los países;

Reconociendo la necesidad de fomentar la innovación que promueva la cohesión social y que reduzca las desigualdades y la discriminación, así como de mejorar los esfuerzos de investigación y desarrollar tratamientos innovadores para las enfermedades raras;

Recalcando la necesidad de abordar las causas profundas de la desigualdad y la discriminación con que se ven confrontadas las personas que viven con una enfermedad rara, sus familias y cuidadores, y reconociendo a este respecto que es necesario implantar políticas y programas de salud para fomentar la inclusión y crear un entorno propicio a fin de que se respeten sus derechos y su dignidad;

Tomando nota de que las enfermedades raras pueden provocar discapacidades y, a este respecto, recordando los principios consagrados en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y destacando la importancia de su aplicación, entre otras cosas mediante políticas, programas y estrategias pertinentes en los planos nacional e internacional con miras a promover la inclusión y los derechos de las personas con esas discapacidades;

Recordando la resolución 78/12 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada «Día Mundial de Concienciación sobre la Distrofia de Duchenne»,⁷² en la que la Asamblea de la Salud decidió designar el 7 de septiembre, que actualmente es el actual Día Mundial de Concienciación sobre la Distrofia de Duchenne, como Día de las Naciones Unidas, reconociendo

⁷² Resolución 78/12 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

que la distrofia muscular de Duchenne es una de las enfermedades raras genéticas pediátricas más comunes, y alentando a los Estados Miembros a crear conciencia sobre las dificultades y necesidades concretas a las que se enfrentan las personas que viven con una enfermedad rara, sus familias y sus cuidadores a través de campañas nacionales, programas educativos y actividades de difusión de información, con el objetivo de fomentar una mayor comprensión y empatía hacia los afectados por las enfermedades raras y promover la solidaridad mundial;

1. INSTA a los Estados Miembros⁷³ a que, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

1) comprometerse a:

- a) prestar el apoyo adecuado a la Secretaría de la OMS para la elaboración de un plan de acción mundial integral sobre las enfermedades raras;
- b) integrar las enfermedades raras en la planificación nacional de la salud mediante la elaboración y aplicación de políticas nacionales, programas y medidas eficaces, en particular el desarrollo de medidas preventivas primarias y secundarias basadas en la evidencia, y estrategias destinadas a prevenir y mejorar los servicios de atención de salud para las personas que viven con una enfermedad rara a través de un enfoque integrado, garantizando al mismo tiempo el acceso equitativo a un diagnóstico oportuno, costoeficaz, asequible, disponible y preciso, en particular para los recién nacidos a través de programas de tamizaje universal, y a los servicios terapéuticos, sociales y de atención de salud costoeficaces que sean necesarios;
- c) aplicar programas eficaces de promoción de la salud mental y apoyo psicosocial para las personas que viven con una enfermedad rara, así como políticas e iniciativas que mejoren el bienestar de sus familias y cuidadores;
- d) acelerar los esfuerzos encaminados a lograr y ampliar la cobertura universal de salud para 2030 y garantizar así una vida sana y el bienestar de todas las personas, incluidas aquellas que viven con una enfermedad rara, a lo largo del curso de su vida, a fin de detener el aumento y revertir la tendencia a tener que incurrir en gastos directos catastróficos en salud, según proceda, volviendo a hacer hincapié en el compromiso de proporcionar progresivamente a las personas que viven con una enfermedad rara productos de salud esenciales de calidad, servicios de atención de salud y medicamentos, medios de diagnóstico y tecnologías de salud asequibles para 2030;
- e) fortalecer los sistemas de salud, en particular la atención primaria de salud, para garantizar el acceso universal a una amplia gama de servicios de atención de la salud asequibles y de alta calidad para las personas que viven con una enfermedad rara, especialmente los niños;
- f) fomentar la inclusión de las competencias pertinentes en la formación de los estudiantes previa al servicio y en el aprendizaje a lo largo de toda la vida de los trabajadores de la salud en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de las enfermedades raras;

⁷³ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- g) aumentar aún más las iniciativas educativas y de concienciación sobre las enfermedades raras entre los proveedores de atención de salud, las instancias normativas y el público en general para promover la comprensión de las personas afectadas y el apoyo a las mismas;
- h) eliminar las barreras con que se ven confrontadas las personas que viven con una enfermedad rara, sus familias y sus cuidadores para acceder al agua potable, el saneamiento y la higiene, lo que incluye eliminar los obstáculos físicos, institucionales, sociales y psicológicos, promoviendo medidas adecuadas para lograr que estas personas, sus familias y sus cuidadores disfruten de un acceso equitativo, tanto en áreas rurales como urbanas;
- i) considerar, según proceda, la posibilidad de desarrollar y utilizar tecnologías digitales,⁷⁴ en particular la telemedicina y las plataformas de intercambio de datos, con miras a mejorar el acceso a especialistas y tratamientos, especialmente en zonas remotas o donde los recursos médicos son limitados, velando por que las tecnologías sean accesibles;
- j) promover la participación de organizaciones de pacientes, grupos de apoyo entre pares y organizaciones de personas con discapacidad, incluidos los grupos dirigidos por personas que viven con una enfermedad rara, en la formulación de políticas para velar por que las voces de los afectados por las enfermedades raras sean escuchadas e incorporadas a los procesos de toma de decisiones;
- k) facilitar la creación, según proceda, de equipos nacionales de tareas u órganos de coordinación encargados específicamente de supervisar la aplicación de las políticas relacionadas con las enfermedades raras, con el fin de mejorar la rendición de cuentas y lograr una gestión eficaz;
- l) fomentar el establecimiento de centros de excelencia nacionales, regionales e internacionales como polos especializados en atención, investigación y formación sobre enfermedades raras;
- m) fomentar la creación de un registro nacional de enfermedades raras o colaborar con registros internacionales existentes de este tipo de enfermedades, según proceda, para fortalecer su capacidad de recopilación y análisis de datos y difundir datos desglosados sobre las personas que viven con una enfermedad rara, respetando al mismo tiempo la protección de datos y la privacidad, con miras a lograr decisiones basadas en la evidencia en todos los niveles;
- n) considerar la posibilidad de aplicar la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y, cuando proceda, sistemas de codificación interoperables para enfermedades raras, como la nomenclatura Orphanet de enfermedades raras, lo antes posible y de acuerdo con sus recursos disponibles, a fin de permitir el registro, la notificación y el monitoreo de las enfermedades raras a nivel nacional e internacional;

⁷⁴ Guiándose, entre otras cosas, por la Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud Digital 2020-2025.

- 2) fomentar la colaboración entre instancias normativas, autoridades gubernamentales de salud e investigación, instituciones académicas, clínicos, organizaciones de pacientes, el sector privado y la sociedad civil con el fin de fomentar la innovación en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento para abordar de manera proactiva las enfermedades raras;
- 3) apoyar los esfuerzos encaminados a adoptar formas innovadoras de financiación, movilizar recursos de todas las fuentes (por ejemplo, de financiadores públicos y privados) para actuar de manera integrada con respecto a las enfermedades raras, entre otras cosas mediante la investigación y la innovación, y considerar la posibilidad de ampliar las oportunidades, poniendo el acento en los países en desarrollo;
- 4) fortalecer la cooperación a nivel nacional, regional e internacional para promover un acceso equitativo y oportuno a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de calidad para todas las personas que viven con una enfermedad rara en cualquier parte del mundo, sin dejar a nadie atrás;
- 5) señalar a la atención de las instancias de alto nivel las enfermedades raras y los aspectos conexos en los foros multilaterales, según proceda, para contribuir a garantizar una visibilidad y un impulso políticos sostenidos y concretos, y explorar formas de integrar las enfermedades raras en las políticas y programas de salud que reflejan las estrategias y prioridades nacionales;
- 6) evaluar periódicamente, cuando proceda, la aplicación de sus planes de acción nacionales para las enfermedades raras y, en la medida de lo posible, evaluar su contribución a la aplicación de los planes de acción regionales relacionados con las enfermedades raras;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros y en colaboración con organizaciones no gubernamentales —de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, e incluyendo a organizaciones de pacientes, instituciones académicas y expertos en enfermedades raras— un proyecto de plan de acción mundial integral de diez años para las enfermedades raras, en consonancia con las prioridades estratégicas acordadas de la OMS y su 14.^º Programa General de Trabajo 2025-2028, que incluya todo el trabajo preparatorio necesario y aspectos presupuestarios, con miras a su presentación a la consideración de la 81.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2028;
- 2) llevar a cabo trabajos preparatorios, entre ellos: hacer un inventario de las normas, directrices y protocolos existentes de la OMS relacionados con las enfermedades raras; proporcionar un informe técnico inicial sobre las enfermedades raras; e identificar oportunidades de innovación tecnológica (incluidas soluciones digitales, de ciber salud, de salud móvil y de inteligencia artificial) con el fin de centralizar la información clínica de salud para el diagnóstico y el tratamiento;
- 3) establecer una línea de trabajo que promueva la cobertura universal de salud para las personas que viven con una enfermedad rara;
- 4) localizar centros de excelencia en todo el mundo donde se pueda agrupar el trabajo clínico de determinados grupos sobre enfermedades raras y que puedan actuar como centros de intercambio de experiencias y conocimientos clínicos y proporcionar revisiones y asesoramiento médico entre pares, en particular entre países;

- 5) asegurarse de que el plan de acción mundial sobre las enfermedades raras abarque, entre otros, los siguientes componentes clave:
- a) un marco integral para fomentar el acceso equitativo a medios de diagnóstico y tratamientos basados en la evidencia que sean oportunos, costoeficaces, asequibles, disponibles y precisos, y una gestión adecuada de las enfermedades raras, en consonancia con los principios de la cobertura universal de salud que se describen en las declaraciones políticas de las reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal de 2019 y 2023 y teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud;
 - b) estrategias para mejorar la recopilación de datos, la investigación y la vigilancia de las enfermedades raras con el fin de mejorar su comprensión e identificación precoz, oportuna y confirmada mediante, entre otras cosas, el tamizaje, el diagnóstico y opciones de tratamiento, en colaboración con las autoridades nacionales de los Estados Miembros, con el objetivo final de compartir conocimientos y datos en este ámbito y fomentar la inversión en investigación;
 - c) directrices para el establecimiento de registros nacionales y regionales que faciliten el tamizaje, el monitoreo y el manejo de las enfermedades raras;
 - d) metas mundiales y objetivos estratégicos, junto con directrices claras para mejorar el acceso a unos servicios de atención de salud asequibles y equitativos para las personas que viven con una enfermedad rara, los productos de salud esenciales necesarios para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz para estas personas, y un proceso de acompañamiento para la rendición de cuentas y el monitoreo con el fin de hacer un seguimiento de los avances en la aplicación, en particular a nivel nacional;
- 6) prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la formulación de políticas y estrategias nacionales para mejorar la salud de las personas que viven con una enfermedad rara, en particular abordando las implicaciones sociales y financieras de apoyar a estas personas de manera sostenible e inclusiva;
- 7) presentar un proyecto de plan de acción mundial sobre las enfermedades raras para su examen por el Consejo Ejecutivo en su 162.ª reunión, con la intención de someterlo a la 81.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2028 para su adopción;
- 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 presentar informes sobre la marcha de los trabajos a la 81.ª Asamblea de la Salud en 2028 y la 83.ª Asamblea de la Salud en 2030.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.12 Fortalecimiento de la financiación de la salud en todo el mundo⁷⁵

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁷⁶

Habiendo examinado también el informe de monitoreo mundial de la cobertura universal de salud correspondiente a 2023, que muestra que el mundo no avanza al ritmo adecuado para lograr avances significativos que le permitan alcanzar la cobertura universal de salud y ajustarse a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, y que desde 2015 ha habido escasas o nulas mejoras en los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 de los ODS conexos;

Reconociendo que el crecimiento ha tenido beneficios desiguales, ya que casi 2000 millones de personas se enfrentan a dificultades financieras de algún tipo como consecuencia de los gastos directos en atención de la salud, 1000 millones de personas en todo el mundo destinan más del 10 % del presupuesto de sus hogares a la atención de la salud y más de 340 millones de personas se están viendo empujadas o más empujadas a la pobreza extrema como consecuencia de los gastos directos en atención de la salud;

Recordando la resolución WHA77.17 (2024) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública mediante enmiendas específicas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluida la importancia de colaborar para dar respuesta a las necesidades de los países en desarrollo para que desarrollen, fortalezcan y mantengan las capacidades básicas requeridas por ese Reglamento con arreglo a lo dispuesto en su artículo 44;

Recordando también la resolución WHA58.33 (2005) sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad y la resolución WHA64.9 (2011) sobre las estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal, y señalando el efecto de los sistemas de salud en la prestación de servicios de atención de salud integrales, haciendo especial hincapié en la atención primaria de la salud, incluidos los servicios preventivos;

Recordando asimismo la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal,⁷⁷ en la que se señalaban déficits, en particular en la financiación de los sistemas de salud de todo el mundo, y soluciones, como una estrecha colaboración entre las autoridades financieras y del ámbito de la salud y la creación de capacidad entre los responsables de la toma de decisiones y los profesionales para fortalecer la financiación de la salud a través de diversas iniciativas a fin de acelerar los avances hacia el logro de la cobertura universal de salud para 2030, incluido el reconocimiento de que los recursos públicos nacionales son una fuente principal de financiación y de que la financiación de la salud requiere la solidaridad mundial y un empeño colectivo para apoyar a los países en desarrollo en sus esfuerzos por crear capacidad y fortalecerla;

Recordando también la resolución WHA77.13 (2024) sobre los aspectos económicos de la salud para todos, en la que se señalan la interconexión entre la salud y la economía y la importancia de adoptar una perspectiva de una economía del bienestar que subraye el carácter simbiótico de la salud, el bienestar y la economía;

⁷⁵ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁷⁶ Documento A78/4.

⁷⁷ Resolución 78/4 (2023) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Recordando además la resolución 74/2 (2019) de la Asamblea General de las Naciones Unidas para intensificar los esfuerzos por hacer frente a las enfermedades no transmisibles como parte de los avances para alcanzar la cobertura universal de salud, y 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,⁷⁸ en las que se reconoce que recae en los gobiernos la función y la responsabilidad primordiales de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles elaborando respuestas nacionales adecuadas de carácter multisectorial para la prevención y el control de estas enfermedades, al tiempo que se reconoce la pertinencia fundamental de la cobertura universal de salud para responder a las enfermedades infecciosas;

Recordando asimismo la resolución WHA67.23 (2014) sobre la evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal, en la que se reconoce el importante porcentaje que representan el gasto farmacéutico, los medios de diagnóstico y los recursos humanos en la financiación de la atención de la salud a nivel nacional, así como que la evaluación de las tecnologías sanitarias puede apoyar las decisiones sobre asignación de recursos en todos los entornos de recursos;

Tomando nota de las crecientes demandas y prioridades ajenas al ámbito de la salud, incluido el pago de la deuda, en los presupuestos nacionales de los países en desarrollo, al tiempo que se reconocen deficiencias en las estrategias nacionales de salud, en particular la meta de destinar al menos el 15 % del presupuesto gubernamental anual a la mejora del sector de la salud con arreglo a la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas, y subrayando la importancia de hacer de la salud una prioridad en las agendas gubernamentales y que invertir en salud constituye una inversión en el crecimiento económico de un país que puede propiciar la estabilidad macroeconómica;⁷⁹

Reconociendo la importancia del liderazgo y el compromiso políticos fuera del sector de la salud a fin de aplicar enfoques que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad y que estén basados en la economía del bienestar con miras a mejorar la financiación de la salud;

Recordando que el 14.º Programa General de Trabajo de la OMS 2025-2028 subraya el papel central de la financiación sostenible de la salud para avanzar hacia el logro de todos los efectos de salud conexas, entre ellos la cobertura universal de salud, incluida específicamente en los efectos 3 y 4 relativos a la importancia tanto de la sostenibilidad de las políticas y los sistemas de financiación de la salud como de la protección financiera;

Reconociendo que los mecanismos de financiación pública deberían constituir el núcleo de la financiación de la atención primaria de salud a fin de garantizar que todas las personas, en particular las más pobres, reciban los servicios de atención de la salud necesarios sin tener que afrontar dificultades financieras;

Recordando la resolución WHA77.2 (2024) sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar, y tomando nota del importante papel que puede desempeñar la participación social en el fomento del respeto y la confianza mutuos, al tiempo que

⁷⁸ Resolución 73/2 (2018) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁷⁹ Resolución WHA77.13 (2024).

hace que los sistemas de salud, incluidos los sistemas de financiación de la salud, sean más reactivos, equitativos y resilientes;

Reconociendo las orientaciones técnicas de la OMS sobre la financiación de la salud, incluido el informe final publicado en 2014 por el Grupo Consultivo de la OMS sobre Equidad y Cobertura Sanitaria Universal, la matriz de la OMS de progresos en la financiación de la salud para evaluar los sistemas nacionales de financiación de la salud, el informe anual de la OMS sobre el gasto mundial en salud y otros documentos de orientación;

Reconociendo también la necesidad de mejorar la coordinación de las partes interesadas en la salud mundial para apoyar las prioridades, los sistemas y los planes de los países en materia de cobertura universal de salud y fortalecimiento de los sistemas de salud, en consonancia con la Agenda de Lusaka, que prevé un camino para hacer efectiva una visión conjunta a largo plazo de sistemas de salud financiados a nivel nacional en pro de la cobertura universal de salud con el fin de que no se deje a nadie atrás;

Reconociendo asimismo que es probable que el número de hogares que se enfrentan a dificultades financieras o que renuncian a la atención de salud esté subestimado porque la recopilación de datos sobre protección financiera es deficiente;

Reconociendo además la necesidad de dar respuesta y de prestar apoyo financiero a los países en conflicto a fin de restaurar la infraestructura médica, apoyar unos suministros médicos esenciales y facilitar el acceso de la población a los servicios de atención de la salud;

Tomando nota de la necesidad de una financiación sostenible para aumentar el acceso a los medicamentos,

1. INSTA a los Estados Miembros⁸⁰ a que, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) implementar, fortalecer y alinear las políticas y las reformas, incluidos los mecanismos de protección social pertinentes, para abordar las causas de la escasa protección financiera y mejorar el acceso a los servicios de atención de la salud sin incurrir por ello en dificultades financieras, en particular dando prioridad a las personas pobres y a otras personas en riesgo de enfrentarse a dificultades financieras, mediante la reducción de los gastos directos en atención de salud, cuando proceda, haciendo especial hincapié en los ingresos públicos como principal fuente de financiación, al tiempo que se aprovecha la financiación externa para aumentar los ingresos públicos y, asimismo, fortalecer los sistemas de salud;
- 2) dar prioridad a la mancomunación de los fondos públicos, incluidos los ingresos procedentes de los impuestos directos e indirectos y los gravámenes, cuando proceda, y a las contribuciones obligatorias a los seguros de enfermedad, a fin de reducir la fragmentación y los gastos directos en atención de la salud en el punto de atención;
- 3) dar prioridad, según proceda, a la salud en los presupuestos públicos mediante un liderazgo y un compromiso políticos firmes a escala nacional y regional, por ejemplo a través de la Declaración de Abuja, a fin de impulsar la eficiencia de los sistemas de salud y una utilización eficaz de los recursos, fortalecer los sistemas de gestión de las finanzas públicas, entre otras cosas a través de la digitalización, apoyando al mismo tiempo la movilización

⁸⁰ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

general de recursos nacionales como fuente principal de la financiación de la salud, en particular para alcanzar la cobertura universal de salud y la meta recomendada de asignar un 1 % adicional o más del producto interno bruto a la atención primaria de salud, según se indica en la resolución 74/2 (2019) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y considerar la posibilidad de introducir impuestos sobre el tabaco, el azúcar y el alcohol, o aumentarlos, como una fuente fiscal no distorsionadora que reduce los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, según corresponda en función de las circunstancias nacionales;

4) fortalecer sus respectivas capacidades nacionales y regionales en materia de investigación y desarrollo y de fabricación, así como los marcos reguladores, para lograr unos sistemas de salud resilientes, y atraer inversión privada con unas salvaguardias suficientes para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas a fin de proteger el interés público y el crecimiento económico;

5) concentrar los recursos nacionales en un paquete asequible de prestaciones esenciales en materia de salud, basado en la evidencia y elaborado a partir de procesos inclusivos y transparentes apoyados en la evaluación de las tecnologías sanitarias, que fundamenten las reformas presupuestarias y en materia de financiación de la salud, incluido el aumento de los ingresos, la mancomunación de recursos y las adquisiciones estratégicas y la facilitación de otras intervenciones efectivas y costoeficaces para lograr unos resultados de salud notables con unos recursos limitados;

6) fortalecer el papel de la OMS en lo que respecta al establecimiento de orientaciones normativas sobre enfoques eficaces para el establecimiento de prioridades, incluida la evaluación de las tecnologías sanitarias basada en la evidencia, que puedan orientar las reformas presupuestarias y en materia de adquisiciones;

7) formular e implementar políticas y reformas que aborden la fragmentación y promuevan unos sistemas de financiación de la salud coherentes y alineados en todos los programas de salud, incluidos los programas de cobertura progresiva de los seguros de enfermedad y la financiación de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, a fin de garantizar que los presupuestos se destinen a las necesidades prioritarias de salud con el objetivo de no dejar a nadie atrás y reducir las dificultades financieras;

8) fortalecer y, según sea necesario, establecer las capacidades institucionales, así como sistemas nacionales de recopilación y notificación de datos, para llevar a cabo un monitoreo y una notificación sistemáticos de los recursos nacionales y externos en materia de salud y de la protección financiera, que estén integrados en unos sistemas nacionales adecuados de datos financieros y presupuestarios y aprovechen el aprendizaje automático, la inteligencia artificial y las tecnologías digitales sobre la base de unas normas éticas y unos principios digitales para mejorar la toma de decisiones;

9) diseñar y racionalizar los procesos para pasar, de manera fluida y sostenible, de la asistencia externa para la salud a una financiación nacional suficientemente sólida para la salud, en particular integrando progresivamente los flujos verticales de financiación en los sistemas nacionales de gestión de las finanzas públicas y de adquisiciones, usando instrumentos como los enfoques que incluyan a todas las partes del sector y los pactos en materia de salud;

10) considerar la posibilidad de proporcionar apoyo financiero adicional, según proceda, a la labor de la OMS en materia de financiación y aspectos económicos de la salud a fin de promover la cobertura universal de salud;

11) cumplir los compromisos contraídos en la esfera del gasto nacional en salud y promover la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, en particular, según proceda, el compromiso de muchos países desarrollados de alcanzar la meta de las Naciones Unidas de destinar el 0,7 % del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo, proporcionando con ese fin una financiación más eficaz para la salud que esté en consonancia con las prioridades nacionales;

2. ALIENTA a los Estados Miembros, las iniciativas de salud mundial, las fundaciones filantrópicas y las instituciones y mecanismos financieros internacionales y regionales a que, de conformidad con sus respectivos mandatos, tengan a bien:

1) financiar las prioridades nacionales prestando atención a unas condiciones favorables, en consonancia con la planificación, los procesos presupuestarios y los ciclos de monitoreo y evaluación a nivel nacional; canalizar progresivamente sus fondos a través de sistemas de gestión de las finanzas públicas; e informar sobre los progresos realizados a través de los procesos nacionales de seguimiento de los gastos ordinarios, incluidas las cuentas nacionales de salud, cuando proceda, mejorando al mismo tiempo su coordinación y transparencia en apoyo de las prioridades nacionales;

2) explorar fuentes innovadoras de financiación y participar de manera constructiva en negociaciones en foros multilaterales para apoyar los avances en la tarea de reducir el déficit en la financiación de la salud, entre otras cosas a través de préstamos en condiciones favorables para la financiación de la salud para los países en desarrollo y los afectados por conflictos;

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) mantener el mandato de la OMS en materia de financiación de la salud y fortalecer sus funciones en la tarea de prestar apoyo a los países como requisito previo fundamental para la cobertura universal de salud;

2) preparar informes sobre los gastos en materia de salud y el estado de la financiación de la salud mundial para su presentación en 2026, 2028 y 2030 en reuniones convocadas por la OMS con los Estados Miembros, instituciones regionales, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados internacionales para el desarrollo, instituciones financieras internacionales, fundaciones, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda;

3) prestar apoyo para mejorar la calidad y la disponibilidad de datos, así como de la oportunidad y la transparencia del seguimiento de los flujos de financiación interna y externa, las tendencias y la sostenibilidad en materia de la salud a lo largo del tiempo, en particular a través de las cuentas nacionales de salud, cuando proceda, y monitorear la alineación del gasto en salud con los presupuestos nacionales y en los avances para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, así como su impacto en ellos, prestando especial atención a la atención primaria de salud, la renuncia a la atención

de salud, los gastos directos en atención de salud y la protección financiera, la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, la asistencia para el desarrollo y las contribuciones relacionadas con los seguros, en colaboración con los ministerios de salud y finanzas, los bancos multilaterales de desarrollo, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, las instituciones de salud de ámbito mundial, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, aprovechando, entre otras cosas, la inteligencia artificial y la tecnología digital;

4) elaborar, según proceda, y actualizar la evidencia, las orientaciones y los instrumentos en materia de financiación y aspectos económicos de la salud, y prestar apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por crear capacidad para concebir y aplicar políticas y reformas en la esfera de la financiación de la salud, así como mecanismos financieros, que apoyen los avances en pro de la cobertura universal de salud, en particular en materia de recaudación y mancomunación de ingresos, fortalecimiento de la gestión de las finanzas públicas, protección financiera, diseño y compra estratégica de conjuntos de prestaciones prioritarias, implementación eficaz de las evaluaciones de las tecnologías sanitarias y adquisición de productos básicos costoeficaces, prestando especial atención a no dejar a nadie atrás, y que contribuyan a mejorar la coordinación, la colaboración y la alineación de los asociados y las instituciones regionales e internacionales a la hora de prestar un apoyo fiable a largo plazo;

5) fortalecer y mejorar la función actual de la OMS como observatorio específico para monitorear la asistencia para el desarrollo y los flujos de financiación nacional para la salud, e informar al respecto, a fin de aumentar la visibilidad y la transparencia de las tendencias de la financiación y la protección financiera desde el punto de vista de su volumen y su eficiencia, examinar y evaluar su impacto y generar conocimientos de carácter general y especializados, aprovechando las cuentas nacionales de salud y otras fuentes de datos y potenciando la capacidad y el liderazgo a nivel regional y nacional en materia de financiación de la salud para apoyar a los países en desarrollo, en colaboración con las organizaciones de las Naciones Unidas, los asociados internacionales para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las fundaciones, las instituciones académicas, las organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda; y

6) prestar apoyo, a petición de los Estados Miembros, para la elaboración de hojas de ruta nacionales sobre financiación de la salud que incluyan una determinación del orden de prioridades, con el fin de movilizar asistencia técnica y recursos financieros para fortalecer los sistemas nacionales de financiación de la salud y mejorar la coordinación y la colaboración de los asociados para el desarrollo, las entidades de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales, incluido el Banco Mundial, la sociedad civil y el sector privado, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.13 Fortalecimiento de la capacidad en materia de diagnóstico por imagen⁸¹

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁸²

Reconociendo que el diagnóstico por imagen es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento de numerosas enfermedades transmisibles y no transmisibles, traumatismos y otras afecciones de salud, incluidas las gastrointestinales y ginecológicas;

Teniendo en cuenta que el diagnóstico por imagen requiere técnicas médicas de las que se pueda comprobar la trazabilidad y que sean costoeficaces, así como artículos fungibles y accesorios, personal de salud capacitado, conocimiento de los procedimientos clínicos, información a los pacientes, acceso asequible, gestión de los pacientes, preparación de estos, interpretación y elaboración de informes;

Reconociendo que la obtención de imágenes médicas para el diagnóstico y el tratamiento, tanto convencional como intervencionista, se lleva a cabo con dispositivos médicos que emplean radiación ionizante (como en la tomografía computarizada y la tomografía por emisión de positrones), radiación no ionizante (como en la ecografía y la resonancia magnética) y técnicas mixtas de obtención de imágenes (como la que combina la tomografía por emisión de positrones y la resonancia magnética);

Señalando que en muchos países el uso óptimo de los servicios de diagnóstico por imagen se ve afectado, entre otros factores, por la escasa disponibilidad de técnicas asequibles y costoeficaces, el acceso reducido a ellas en las zonas remotas y rurales, la escasez de personal de salud capacitado y la falta de políticas, planes y directrices eficaces o aplicables;

Destacando la necesidad de ampliar el acceso equitativo a técnicas de diagnóstico por imagen seguras y eficaces en todo el mundo a fin de mejorar la detección, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el conocimiento de las enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles;

Observando el incremento de la carga del cáncer y de otras enfermedades no transmisibles y reconociendo que el diagnóstico por imagen es fundamental para detectar y tratar adecuadamente el cáncer, en particular mediante intervenciones quirúrgicas, radioterapia y quimioterapia;

Reconociendo que en 2021, entre todas las afecciones neurológicas, el accidente cerebrovascular fue la principal causa de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, y que la mayor carga se concentró en los países en desarrollo;

Confirmando que, mediante la detección temprana y el seguimiento, el diagnóstico por imagen puede contribuir a reducir la mortalidad, la morbilidad y la incidencia de muchas afecciones neurológicas, como la esclerosis múltiple, los cánceres del sistema nervioso, los trastornos neurodegenerativos y los accidentes cerebrovasculares, en particular gracias a la

⁸¹ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁸² Documento A78/4.

distinción rápida entre accidente cerebrovascular hemorrágico e isquémico y la decisión sobre los tratamientos, como la trombólisis y la trombectomía mecánica;

Teniendo en cuenta que el acceso equitativo a las imágenes médicas para el diagnóstico y el tratamiento tempranos puede reducir las secuelas de por vida de las enfermedades infecciosas que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad mundiales, con especial atención a las personas en situación de riesgo, en particular a las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y en lugares de difícil acceso;

Observando que el diagnóstico preciso por imagen puede ayudar a reducir intervenciones quirúrgicas innecesarias y a optimizar intervenciones médicas complejas;

Reconociendo que el diagnóstico por imagen es fundamental en las situaciones de emergencia, las colisiones de tránsito y los desastres, ya que permite al personal de respuesta de emergencia evaluar rápidamente las lesiones, reconocer las afecciones críticas y establecer prioridades de atención, y que puede facilitar intervenciones quirúrgicas, incluso para tratar traumatismos del encéfalo y la médula espinal;

Reconociendo también que el acceso a los equipos de diagnóstico por imagen: es muy desigual a nivel mundial y limitado en muchos países en desarrollo; requiere técnicas médicas, así como infraestructuras específicas, capacitación del personal de salud y costos de explotación, que pueden ser inasequibles o inexistentes; forma parte de la cobertura universal de salud eficaz; y contribuye a que los sistemas de salud faciliten el diagnóstico precoz de determinadas enfermedades, traumatismos y lesiones, así como el seguimiento de estados de salud como el embarazo y sus complicaciones, y a que se derive a los pacientes a tiempo a los servicios de atención;

Reconociendo además el valor añadido del uso de la ecografía en la atención obstétrica y para el diagnóstico seguro y costoeficaz de diversas enfermedades;

Reconociendo que la radiología convencional (como la radiografía de tórax) puede ayudar al diagnóstico precoz y costoeficaz de la neumonía, que es la principal causa infecciosa de muertes infantiles en el mundo, así como de otras afecciones de salud;

Teniendo en cuenta el nivel de variabilidad y diversidad existente en la práctica del diagnóstico por imagen y la falta de orientaciones armonizadas sobre la selección y el uso de los equipos de diagnóstico por imagen y las técnicas conexas;

Teniendo en cuenta también que la investigación en la que se utilizan equipos de diagnóstico por imagen es fundamental y requiere medidas especiales de precaución y mantenimiento para evitar los efectos nocivos de la exposición a radiaciones;

Reconociendo que la reglamentación sobre la radiación generada por los equipos de diagnóstico por imagen es incompleta o insuficiente en algunos países;

Recordando la resolución WHA25.57 (1972) sobre el perfeccionamiento del empleo de radiaciones ionizantes en medicina, así como la resolución WHA76.5 (2023) sobre el fortalecimiento de la capacidad en materia de medios de diagnóstico;

Teniendo en cuenta la importancia de reconocer las funciones esenciales del diagnóstico por imagen en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, incluidas la radiología intervencionista y la nueva técnica del tratánóstico, y de integrar el diagnóstico por imagen en las políticas de salud;

1) INSTA a los Estados Miembros⁸³ a que, teniendo en cuenta su contexto y circunstancias nacionales, tengan a bien:

- 1) promover el acceso adecuado y continuo a capacidad en materia de diagnóstico por imagen de calidad, segura, asequible y costoeficaz, aplicando políticas, estrategias, programas, normas y reglamentaciones adecuados;
- 2) promover una inversión sostenible en los equipos y la infraestructura de diagnóstico por imagen, así como en su mantenimiento, y en sistemas de gestión de la calidad;
- 3) comprometerse a la educación y formación continua adecuadas del personal de salud que participa en el diagnóstico por imagen, en particular a través de la Academia de la OMS y de otras plataformas técnicas de la Organización, así como a la capacitación de los médicos remitentes en la justificación y uso adecuado del diagnóstico por imagen de conformidad con las recomendaciones más recientes basadas en la evidencia;
- 4) elaborar estrategias para mejorar la capacidad en materia de diagnóstico por imagen y promover la inclusión de los servicios de diagnóstico por imagen en los planes estratégicos nacionales del sector de la salud a fin de alcanzar la cobertura universal de salud;
- 5) mejorar el acceso asequible y equitativo a los servicios de diagnóstico por imagen, en particular a través de la utilización de la salud digital, para llegar a las zonas rurales y apartadas con el objetivo de detectar de manera precoz enfermedades transmisibles y no transmisibles;
- 6) considerar la posibilidad de incluir las técnicas de diagnóstico por imagen que figuran en la lista de dispositivos médicos prioritarios de la OMS y que pueden consultarse electrónicamente a través del sistema de información sobre dispositivos médicos prioritarios (MeDevIS), en las listas nacionales de dispositivos médicos para el diagnóstico o el tratamiento, a fin de que puedan formar parte de conjuntos de prestaciones o puedan reembolsarse, y de ser necesario, llevar a cabo evaluaciones de las técnicas de salud con miras a su incorporación en estas listas, teniendo en cuenta las normas internacionalmente aceptadas;
- 7) llevar a cabo evaluaciones de las necesidades, estudios de viabilidad y argumentarios en favor de la inversión con respecto a los costos de explotación del equipo de diagnóstico por imagen y su mantenimiento antes de proceder a la adquisición (incluidas las donaciones, las compras o los arrendamientos) y de tomar decisiones presupuestarias, y, de ser necesario, aumentar la disponibilidad de equipos de diagnóstico por imagen, según proceda, para tratar múltiples enfermedades;

⁸³ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 8) promover el uso de prácticas de gestión en relación con las tecnologías de la salud, con el apoyo de ingenieros biomédicos, físicos médicos y profesionales afines capacitados, en todas las fases de su ciclo de vida, incluidos la adquisición, la instalación, el mantenimiento, la calibración y el uso seguro, con el objetivo de optimizar la capacidad en materia de diagnóstico por imagen;
- 9) considerar la posibilidad de incorporar nuevas técnicas en la esfera del diagnóstico por imagen que sean costoeficaces, seguras y asequibles, fáciles de usar y sostenibles para su explotación, mantenimiento y eliminación con arreglo a una gestión racional de los desechos y para prevenir la contaminación del medio ambiente;
- 10) incluir el diagnóstico por imagen en las listas nacionales de medios de diagnóstico y tratamiento, según proceda, teniendo en cuenta que muchas técnicas de diagnóstico por imagen pueden utilizarse con fines de diagnóstico y de tratamiento;
- 11) comprometerse a utilizar de manera segura y protegida las técnicas del diagnóstico por imagen aplicando normas básicas de seguridad para protegerse de los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes, garantizando así la seguridad de los pacientes, los trabajadores de la salud y la población;
- 12) mejorar la coordinación entre los organismos reguladores nacionales en lo que respecta a la autorización de servicios de diagnóstico por imagen;
- 13) facilitar la adaptación al contexto nacional de las mejores prácticas disponibles en materia de servicios de diagnóstico por imagen, a través, por ejemplo, de la capacitación del personal de salud por las autoridades de salud y las sociedades profesionales del sector, partiendo de normas y reglamentaciones internacionales;
- 14) promover programas de mejora de la calidad de los servicios de diagnóstico por imagen, con el objetivo último de hacer transparente y visible la calidad de la atención;
- 15) sensibilizar sobre la mitigación y la gestión de los riesgos en la esfera del diagnóstico por imagen, en particular los efectos secundarios de los medios de contraste y la seguridad de los campos magnéticos;
- 16) promover la eliminación adecuada de los dispositivos de diagnóstico por imagen y de los materiales radiactivos, de conformidad con las directrices internacionales sobre trazabilidad;
- 17) trabajar para mejorar la eficiencia, la asequibilidad, la seguridad y la costoeficacia de las técnicas de diagnóstico por imagen, en particular recopilando e integrando datos sobre el uso adecuado, la disponibilidad y la funcionalidad de los equipos y servicios de diagnóstico por imagen, según proceda;
- 18) considerar la posibilidad de integrar los avances tecnológicos, como la telemedicina, la telerradiología, el apoyo a la toma de decisiones clínicas, la inteligencia artificial y aplicaciones informáticas específicas, en los sistemas de información radiológica para los historiales de los pacientes, en cumplimiento de las normas y los protocolos internacionales aplicables al diagnóstico por imagen, incluidos los aspectos éticos, la seguridad y la confidencialidad de los datos;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) prestar asistencia técnica a los Estados Miembros a fin de mejorar el acceso al diagnóstico por imagen seguro, asequible y eficaz en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, y de mejorar la detección y el tratamiento de enfermedades y afecciones de salud respecto de la cobertura universal de salud y mejorar la respuesta a las emergencias, mediante, según proceda:
 - a) la orientación sobre la selección, incorporación y adquisición de equipos de diagnóstico por imagen;
 - b) la promoción del uso seguro de los equipos de diagnóstico por imagen, y
 - c) la elaboración de estrategias y políticas integrales para fortalecer la capacidad en materia de diagnóstico por imagen, en consonancia con los planes estratégicos nacionales del sector de la salud;
- 2) actualizar continuamente las listas de dispositivos médicos prioritarios de la OMS a través del sistema de información sobre dispositivos médicos prioritarios (MeDevIS), en particular en lo que respecta a los equipos de diagnóstico por imagen, la correspondiente nomenclatura, artículos fungibles, calibración, características técnicas, trazabilidad, mantenimiento preventivo y material de formación, su nivel de uso en la atención de salud y la relación con las directrices clínicas, a fin de que sirvan de referencia a los Estados Miembros y a las partes interesadas pertinentes, de conformidad con la decisión WHA75(25) (2022) sobre la normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos, y para su consideración por los Estados Miembros cuando se elaboren listas nacionales de dispositivos médicos o medios de diagnóstico esenciales;
- 3) proporcionar orientaciones técnicas sobre la mejora continua de la calidad en la prestación de servicios de diagnóstico por imagen, en particular al personal de salud que debe prestar estos servicios;
- 4) coordinar la recopilación e integración de datos sobre la disponibilidad y funcionalidad de los equipos y servicios de diagnóstico por imagen, que deberán presentarse en el Observatorio Mundial de la Salud, en el atlas mundial de la OMS sobre dispositivos médicos o en bases de datos conexas, según proceda, en consonancia con el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas y otros organismos conexas;
- 5) promover la asequibilidad y la sostenibilidad de la capacidad y las intervenciones costoeficaces en materia de diagnóstico por imagen;
- 6) evaluar las técnicas innovadoras de diagnóstico por imagen para su inclusión en el compendio de la OMS de tecnologías de la salud innovadoras para entornos de bajos recursos;
- 7) realizar un análisis de la situación para determinar las técnicas de diagnóstico por imagen nuevas e innovadoras;

- 8) promover el apoyo mutuo, la asistencia y la cooperación entre todas las partes interesadas, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, para aumentar el acceso a la capacidad en materia de diagnóstico por imagen, en particular en los países en desarrollo;
- 9) asegurarse de que las técnicas de diagnóstico por imagen se incluyan en las iniciativas mundiales sobre medios de diagnóstico;
- 10) apoyar la educación y la formación continua del personal de salud que participa en el diagnóstico por imagen, en particular a través de la Academia de la OMS y otras plataformas técnicas de la Organización;
- 11) informar sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027, la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029 y la 84.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.14 Aceleración de la erradicación de la dracunculosis⁸⁴

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁸⁵

Recordando sus anteriores resoluciones WHA39.21 (1986), WHA42.29 (1989), WHA44.5 (1991), WHA50.35 (1997), WHA57.9 (2004) y WHA64.16 (2011), relativas a la eliminación y la erradicación de la dracunculosis;

Observando los importantes progresos realizados para erradicar la dracunculosis, materializados en la reducción del número de casos humanos desde unos 3,5 millones en 1986 hasta solo 13 en 2024 (cifra provisional), lo que supone una disminución de más del 99 % desde que se puso en marcha la iniciativa mundial;

Reconociendo que en 2023, a raíz de la detección de casos de infestación en animales, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis revisó la definición de erradicación mundial de la dracunculosis, que pasó a definirse como la confirmación de la ausencia de hembras adultas del parásito en personas y en animales durante tres o más años consecutivos en cualquier lugar del mundo;

Observando que desde 2012 la aparición de dracunculosis en animales, sobre todo en perros domésticos, ha complicado las labores de erradicación, pero que el número de infestaciones en perros ha disminuido anualmente desde 2019;

⁸⁴ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁸⁵ Documento A78/4.

Apreciando la función desempeñada por los ministros de salud en la coordinación de las fructíferas actividades para eliminar la dracunculosis en 17 países y para obtener la certificación de la eliminación en 200 países, zonas y territorios, incluidos 188 Estados Miembros de la OMS, con lo que actualmente solo quedan seis países donde aún no se ha certificado la eliminación;

Reconociendo el compromiso de los países en que la dracunculosis es endémica, en particular la Declaración de Abu Dabi sobre la Erradicación de la Enfermedad del Gusano de Guinea (2022) y la Declaración de Yamena sobre la interrupción de la transmisión de la dracunculosis;

Reconociendo que la dracunculosis persiste debido a las infestaciones en animales y a la falta de acceso a agua salubre y a servicios de salud, lo que se ve agravado por otros factores, como las emergencias sanitarias y humanitarias y los movimientos transfronterizos, y que ello, sumado a los insuficientes niveles de vigilancia y de adhesión comunitaria, puede poner en riesgo los objetivos de erradicación;

Reafirmando el compromiso de la OMS de lograr la completa erradicación de la dracunculosis, en consonancia con las metas mundiales de control y eliminación establecidas en la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030;

Reconociendo que para interrumpir la transmisión de la dracunculosis es esencial una sólida labor de colaboración transfronteriza, coordinación e intercambio de información entre Estados Miembros, lo que incluye la eficaz aplicación de un enfoque multisectorial,

1. HACE SUYA la estrategia para los Estados Miembros en que la dracunculosis es endémica, encaminada a:

- 1) mantener la vigilancia comunitaria, especialmente en las comunidades con dracunculosis endémica o en situación de riesgo;
- 2) practicar la sujeción proactiva de los animales domésticos en las comunidades con dracunculosis endémica;
- 3) en las comunidades con dracunculosis endémica o en situación de riesgo, enterrar los desechos acuáticos para evitar su consumo por los animales y las consiguientes infestaciones;
- 4) tratar eficazmente el agua de bebida mediante la distribución de filtros de tela o tubos de filtración y apoyar las labores de información al respecto en las comunidades con dracunculosis endémica o en situación de riesgo;
- 5) en las comunidades con dracunculosis endémica, tratar mensualmente con temefós las fuentes insalubres de agua de bebida;
- 6) proporcionar a las comunidades afectadas fuentes de agua de bebida salubre;
- 7) garantizar que las muestras de *Dracunculus medinensis* estén confirmadas mediante pruebas de laboratorio y que se abonen con prontitud las recompensas por notificar casos de dracunculosis en humanos y por notificar la infestación en animales y mantener atados a los animales infestados;

- 8) exigir que la dracunculosis en humanos o animales sea una enfermedad de notificación inmediata y que al menos una vez al mes se remitan informes desde todas las zonas con dracunculosis endémica;

2. INSTA a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales:

- 1) se comprometan de nuevo a erradicar la dracunculosis, sea cual sea el anfitrión, integrando cuando proceda la dracunculosis en los sistemas de vigilancia nacionales, regionales y locales en los países afectados;
- 2) brinden apoyo político a los restantes países en que la enfermedad es endémica;
- 3) sigan proporcionando apoyo financiero y técnico y abogando por él;

3. EXHORTA a los Estados Miembros en los que haya poblaciones con dracunculosis endémica o en situación de riesgo a que:

- 1) realicen visitas ministeriales a las comunidades con dracunculosis endémica para evaluar el desempeño de los programas;
- 2) intensifiquen la colaboración transfronteriza, lo que incluye mecanismos conjuntos de vigilancia, coordinación e intercambio de información, en particular en las regiones con poblaciones muy móviles;
- 3) colaboren con asociados regionales e internacionales para abordar los problemas ligados a la inestabilidad política, las infestaciones en animales y las limitaciones de recursos;
- 4) otorguen prioridad al acceso a agua salubre y a información en materia de higiene, en coordinación con el UNICEF y otros asociados, en las zonas con dracunculosis endémica o expuestas al riesgo de transmisión de la enfermedad; y
- 5) mejoren la creación de capacidad a nivel nacional y subnacional para garantizar una rápida detección y respuesta ante toda infestación en humanos o animales, en particular mediante un enfoque multisectorial;

4. EXHORTA A los donantes anteriores, actuales y nuevos a que sigan prestando asistencia financiera para las labores de erradicación;

5. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) seguir prestando apoyo técnico y facilitando asistencia financiera a los Estados Miembros en sus labores de erradicación;
- 2) apoyar la coordinación de las iniciativas transfronterizas para detectar y eliminar con rapidez la dracunculosis remanente, en particular mediante un enfoque multisectorial;
- 3) seguir presentando informes anuales a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados y las dificultades que subsistan en la erradicación de la dracunculosis; y

- 4) presentar, en las futuras reuniones de la Asamblea de la Salud, los certificados de erradicación a los restantes países con dracunculosis endémica cuando estos cumplan los requisitos pertinentes.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.15 Las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública mundial⁸⁶

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁸⁷

Recordando el compromiso de los Estados Miembros de alcanzar la cobertura universal de salud, incluido el acceso a los servicios de salud esenciales para todas las personas;

Reconociendo que las enfermedades cutáneas abarcan una amplia gama de afecciones, que incluyen trastornos infecciosos, inflamatorios y autoinmunes; dermatosis congénitas; afecciones crónicas y raras; tumores cutáneos malignos, y afecciones dermatológicas influidas por el clima y el entorno que, a menudo, no se diagnostican ni se tratan, sobre todo en los países en desarrollo;

Destacando los esfuerzos realizados para prevenir diversos tipos de enfermedades y afecciones cutáneas, mejorar su detección temprana y su tratamiento, reducir su carga, eliminarlas y concienciar sobre ellas;

Recordando resoluciones pertinentes relativas a enfermedades cutáneas específicas, como la WHA57.1 (2004) sobre la vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlceras de Buruli), la WHA60.13 (2007) sobre el control de la leishmaniasis, la WHA64.16 (2011) sobre la erradicación de la dracunculosis, la WHA66.12 (2013) sobre las enfermedades tropicales desatendidas, la WHA67.9 (2014) sobre la psoriasis, la WHA69.21 (2016) sobre la reducción de la carga de micetoma y la WHA75.20 (2022) sobre las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual;

Recordando asimismo otras resoluciones pertinentes, como la WHA68.7 (2015) sobre la resistencia a los antimicrobianos, la WHA69.19 (2016) sobre la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030, la WHA69.25 (2016) sobre afrontar la escasez mundial de medicamentos y vacunas, la WHA76.5 (2023) sobre el fortalecimiento de la capacidad en materia de medios de diagnóstico, la WHA76.6 (2023) sobre el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud y la WHA77.14 (2024) sobre el cambio climático y la salud;

Preocupada por la discriminación y la violencia que sufren las personas afectadas por enfermedades cutáneas y sus familias;

⁸⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁸⁷ Documento A78/4.

Preocupada asimismo porque la prevalencia de nuevas enfermedades infecciosas se refleja cada vez más en el aumento de manifestaciones cutáneas, y tomando nota de la importancia de reconocer estos signos como indicadores clave para detectar y responder con prontitud a los problemas de salud pública;

Reconociendo que las consecuencias económicas, sociales y emocionales de las enfermedades cutáneas generan discriminación y estigmatización, y pueden desencadenar problemas de salud mental, en particular depresión y ansiedad, que agravan los efectos físicos de las enfermedades,^{88,89} y afectar al desarrollo de la persona a lo largo del curso de la vida;

Preocupada por el hecho de que el conocimiento y la concienciación acerca de las enfermedades cutáneas suelen ser escasos en todos los niveles de la sociedad, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento, así como por la falta de vigilancia sistemática, que podría llevar a subestimar la carga de estas enfermedades, especialmente en las comunidades de difícil acceso;

Señalando que en el Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad de 2021 se constataron 4690 millones de nuevos casos de enfermedades cutáneas y subcutáneas, que causaron 41,9 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad y que son una de las diez causas principales de discapacidad;

Reconociendo que la mayor parte de la carga de las enfermedades cutáneas en cualquier comunidad se debe a unos diez diagnósticos dermatológicos generales que son comunes, los cuales, con los medicamentos esenciales y la formación y el apoyo adecuados, podrían ser tratados eficazmente por los equipos locales de atención de salud;

Consciente de que, teniendo en cuenta la insuficiencia de trabajadores de la salud y asistenciales, entre ellos médicos especialistas, los esfuerzos por reforzar la plantilla de estos trabajadores en los entornos de atención primaria de salud deberían garantizar que se dispone de las competencias necesarias para prestar servicios relacionados con la dermatología, en particular en la atención a las enfermedades cutáneas comunes y la derivación oportuna de casos complicados;

Reconociendo que los efectos de las enfermedades cutáneas pueden obstaculizar el progreso hacia la cobertura universal de salud, y subrayando la necesidad de reforzar los sistemas de salud para mejorar la atención primaria de estas afecciones, ampliando así el acceso de todas las personas a la atención que necesitan para que nadie se quede atrás;

Reconociendo la existencia de documentos normativos de la OMS para orientar a los Estados Miembros en la aplicación de esta resolución, a saber: el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028, el Marco Estratégico para el Control y el Manejo Integrados de las Enfermedades Tropicales Cutáneas Desatendidas, la Estrategia Mundial contra la Lepra 2021-2030, el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030,

⁸⁸ Seth D, Cheldize K, Brown D, Freeman EF. Global burden of skin disease: inequities and innovations. *Curr Dermatol Rep*. 2017;6:204–10. doi:10.1007/s13671-017-0192-7.

⁸⁹ Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. Quality-of-life effects of common dermatological diseases. *Semin Cutan Med Surg*. 2013;32(2):101–9. doi: 10.12788/j.sder.0009. PMID: 24049968.

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

- 1) asignar suficientes recursos a las enfermedades cutáneas y sus afecciones concomitantes, y priorizarlas, en particular las incluidas en iniciativas mundiales específicas, mediante esfuerzos integrados de prevención, detección y tratamiento dentro de programas nacionales de salud que incluyan medidas de promoción de la salud y políticas de cobertura universal de salud;
- 2) reforzar la vigilancia, la recopilación de datos y la catalogación de las enfermedades cutáneas a nivel nacional para promover intervenciones dirigidas;
- 3) reforzar la formación del personal de atención primaria en las competencias necesarias para detectar y tratar las enfermedades cutáneas y sus afecciones concomitantes, así como la formación en autocuidado, cuando corresponda, para los pacientes y sus familias, de modo que adquieran los conocimientos necesarios para mejorar su salud a largo plazo;
- 4) potenciar las capacidades de diagnóstico en los laboratorios para diagnosticar de forma precisa y asequible las enfermedades cutáneas, combatir la resistencia a los antimicrobianos y detectar nuevas enfermedades cutáneas, incluidas las vinculadas a factores ambientales, mediante métodos básicos y avanzados, como los inmunológicos, los histopatológicos y los microbiológicos;
- 5) promover el acceso equitativo a tratamientos costoeficaces, asequibles y de alta calidad y, en especial, a medicamentos esenciales y material para curar heridas, según proceda, a fin de reducir los pagos directos;
- 6) adoptar medidas para integrar los servicios para las enfermedades cutáneas en las políticas actuales de discapacidad, rehabilitación y salud mental;
- 7) estudiar la adopción de modelos innovadores de prestación de servicios integrados, incluidas las plataformas de telemedicina y la formación para realizar evaluaciones digitales, a fin de mejorar los servicios de dermatología, sobre todo en las zonas remotas y de difícil acceso;
- 8) redoblar los esfuerzos para alcanzar las metas relacionadas con las enfermedades cutáneas de la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030, con una estrategia central articulada alrededor de enfoques integrados;
- 9) apoyar, según corresponda, la creación y la sostenibilidad de organizaciones de apoyo a pacientes con enfermedades cutáneas, así como mejorar su participación activa en la aplicación de políticas y programas;
- 10) promover la investigación sobre las enfermedades cutáneas, en colaboración con instituciones académicas y de investigación, según corresponda;

2. EXHORTA a la comunidad internacional y a las partes interesadas pertinentes, entre ellas las organizaciones internacionales, los organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas, los donantes, las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones y las instituciones de investigación, a que tengan a bien:
 - 1) brindar apoyo a los Estados Miembros y a la Secretaría en la aplicación de la resolución;
 - 2) apoyar las iniciativas de promoción para poner de relieve la carga médica, social, económica y de salud pública de las enfermedades cutáneas;
 - 3) cooperar a nivel mundial, regional y nacional para reducir la estigmatización, la discriminación y los problemas de salud mental causados por las enfermedades cutáneas, así como los derivados de los trastornos mentales;
 - 4) fomentar la colaboración entre estas organizaciones, las instituciones académicas, la sociedad civil y el sector privado para promover el acceso a herramientas asequibles de prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades cutáneas a fin de reducir la carga económica para los pacientes y sus familias, así como para los gobiernos;
 - 5) apoyar a las instituciones en la promoción de las interacciones sociales y la aceptación, incluida la lucha contra la estigmatización;
3. PIDE al Director General que tenga a bien:
 - 1) elaborar un plan de acción mundial basado en los resultados, orientado a las necesidades e impulsado por las capacidades sobre las respuestas de salud pública a las enfermedades cutáneas con los recursos disponibles, según sea posible, garantizando un enfoque coordinado en los tres niveles de la OMS con la plena participación de los Estados Miembros, y en consulta con otras partes interesadas pertinentes, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según corresponda, que contenga objetivos y metas claros, a fin de someterlo al examen de la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo;
 - 2) brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la formulación o revisión y en la aplicación de planes y estrategias nacionales sobre las enfermedades cutáneas, que abarquen esferas como:
 - a) la capacitación y formación de profesionales y trabajadores de la salud en las enfermedades cutáneas, en particular a través de la Academia de la OMS y otras plataformas de formación técnica, y la selección de centros de excelencia, incluidos los centros colaboradores de la OMS, en las distintas Regiones de la Organización;
 - b) las tecnologías digitales, de conformidad con las directrices nacionales pertinentes, y la asistencia a los trabajadores de la salud para el manejo de las enfermedades cutáneas con el apoyo de especialistas a distancia, promoviendo, entre otras cosas, la disponibilidad de datos pertinentes para el desarrollo y la puesta a prueba de esas tecnologías;
 - c) la capacidad de diagnóstico y vigilancia de las enfermedades cutáneas;

- d) la investigación multidisciplinaria sobre medios de diagnóstico y tratamientos de alta calidad, seguros, eficaces y asequibles, la promoción del acceso equitativo a ellos y el estudio de sus efectos sociales y económicos;
 - e) los factores ambientales, incluido el cambio climático, y su efecto en la prevalencia, la propagación y el control de las enfermedades cutáneas;
 - f) las enfermedades infecciosas nuevas y las que resurgen, y su impacto en la prevalencia, la propagación y el control de las enfermedades cutáneas, haciendo hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia para la detección temprana y el seguimiento, a fin de acortar los tiempos de respuesta y prevenir posibles brotes;
 - g) las estrategias de prevención sostenibles para reducir la carga de las enfermedades cutáneas mediante enfoques integrales que pueden incluir la protección contra la radiación ultravioleta en relación con los cánceres cutáneos y el acceso a servicios básicos de agua, saneamiento e higiene; y el enfoque de «Una sola salud» para reducir la transmisión de determinadas enfermedades cutáneas, como la filariasis linfática, la oncocercosis, la leishmaniasis cutánea y la tungiasis, según sea posible;
- 3) informar sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027, la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2029 y la 84.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, quinto informe)

WHA78.16 Aceleración de la acción respecto del personal de salud y asistencial mundial de aquí a 2030⁹⁰

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁹¹

Reafirmando 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, y reconociendo que el acceso a los servicios de salud y asistenciales es un componente importante de este derecho fundamental, que es una piedra angular de la dignidad humana y el bienestar;

Recordando los compromisos contraídos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, y reconociendo el papel y la contribución esenciales de un personal de salud adecuado, bien distribuido y competente a la hora de lograr estos objetivos y de avanzar en la consecución de las metas y los programas relativos al empleo, el crecimiento económico, la educación y la igualdad de género;

⁹⁰ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁹¹ Documento A78/4.

Reconociendo la importancia fundamental de un personal de salud y asistencial sólido y adecuadamente respaldado, como se indica en el informe detallado del Director General sobre la aplicación de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 y el Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» (2022-2030), y reconociendo que invertir en la enseñanza inicial y el aprendizaje permanente, el empleo, una remuneración justa y unas condiciones de trabajo propicias para los trabajadores de la salud es un factor fundamental para promover el enfoque de la atención primaria de salud y acelerar los avances hacia la cobertura universal de salud y la seguridad sanitaria, al tiempo que se garantiza la sostenibilidad de los sistemas de salud;

Reconociendo que en el mundo se están realizando progresos para aumentar el número total de trabajadores de la salud y asistenciales, que actualmente asciende a más de 70 millones de personas a nivel mundial, si bien cabe reconocer que en muchos países se siguen dando situaciones de escasez, distribución desigual, altas tasas de rotación y migración de dichos trabajadores, lo que requiere una responsabilidad equitativa y compartida, colaboración a escala mundial y la adopción de medidas urgentes a fin de asegurar la existencia de personal de salud y asistencial adecuado, suficiente, competente, protegido y motivado en los distintos países, teniendo en cuenta al mismo tiempo las necesidades específicas de aquellos países que se enfrentan a dificultades causadas por conflictos armados y la migración de los trabajadores de la salud y asistenciales;

Observando con preocupación que, según la estimación revisada de la OMS, faltarán más de 11 millones de trabajadores de la salud de aquí a 2030,⁹² en particular en los países de ingreso bajo y mediano;

Reconociendo también que la mejora de la resiliencia de los sistemas de salud, en particular en vista de los efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y otros brotes de enfermedades infecciosas, y de las crisis y conflictos humanitarios en curso en algunas zonas, el cambio climático, las emergencias, los desastres derivados de peligros naturales y los riesgos epidemiológicos emergentes, requiere sistemas de salud con capacidad de adaptación y respuesta, que incluyan la salud mental, y estrategias relativas al personal, y, en particular, inversiones en educación, formación, apoyo, estrategias de retención del personal, normas de seguridad ocupacional, capacidad de refuerzo del personal durante los eventos de salud pública, la distribución equitativa del personal y la adecuación de sus competencias para realizar funciones esenciales de salud pública de manera ininterrumpida;

Recordando la necesidad de seguir promoviendo la igualdad de las mujeres que trabajan en el sector de la salud y asistencial, y poniendo de relieve el papel fundamental que desempeñan en ese sector las mujeres, quienes representan el 67 %⁹² de los trabajadores de la salud;

Recordando además los compromisos establecidos en resoluciones y decisiones anteriores de la Asamblea de la Salud,⁹³ encaminados a fortalecer el desarrollo de la capacidad del personal de la salud y asistencial, proteger unas condiciones de trabajo seguras, saludables, propicias y dignas, en particular para las mujeres y los trabajadores que inician su carrera a todos los niveles, optimizar la distribución, el despliegue y la utilización del personal de salud, sostener las

⁹² [Organización Mundial de la Salud \(2024\). Cuentas nacionales del personal de salud \(CNPS\)](#) (consultado el 5 de marzo de 2025).

⁹³ Resoluciones WHA63.16 (2010), WHA 69.19 (2016), WHA70.6 (2017), WHA72.3 (2019), WHA74.14 (2021), WHA74.15 (2021) y WHA75.17 (2022) y decisión WHA73(30) (2020).

inversiones en recursos humanos para la salud a fin de prestar servicios de salud eficaces y de calidad, y contribuir a la promoción de la seguridad sanitaria mundial;

Reafirmando la importancia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud y acogiendo con beneplácito el examen realizado por el Grupo Consultivo de Expertos del Director General para seguir aumentando su pertinencia y eficacia, y reforzar su aplicación, en particular mediante mecanismos que generen beneficios mutuos, mitigando al mismo tiempo los efectos negativos de la migración del personal de salud en los sistemas de salud de los países de origen a fin de promover iniciativas que permitan maximizar los efectos positivos de la migración del personal de salud y abordar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud de los países con menos recursos;

Poniendo de relieve el papel fundamental que desempeñan la cooperación internacional y regional, las alianzas y el apoyo técnico en el fortalecimiento de la capacidad del personal de salud nacional⁹⁴ o subnacional, en particular en los entornos en desarrollo, a fin de asegurar que todos los países cuenten con sistemas de salud resilientes para responder eficazmente tanto a los desafíos para la salud habituales como a las emergencias de salud pública, y agradeciendo a la OMS y su Academia, así como a los organismos especializados de las Naciones Unidas y a los asociados académicos, científicos y de la sociedad civil, sus inversiones en educación, formación y aprendizaje permanente;

Reconociendo que los rápidos avances en la ciencia y la tecnología médicas y la salud digital y el panorama cambiante de la inteligencia artificial, las biotecnologías, la industria farmacéutica y las prácticas médicas requieren un desarrollo y una adaptación permanentes de las aptitudes del personal de salud, así como un apoyo sostenido para dotarlos de las competencias necesarias para aprovechar estas innovaciones de manera responsable a fin de mejorar la prestación de servicios y los resultados para los pacientes, las familias y las comunidades,

1. INSTA a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) acelerar la aplicación de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 y el Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» (2022-2030), en particular mediante la cooperación subnacional, nacional, regional e internacional, y aumentar las inversiones, según proceda —mediante, por ejemplo, una mayor movilización, priorización y un uso más eficiente de los recursos nacionales— en formación previa al servicio, formación continua en el servicio, supervisión de apoyo e iniciativas de empleo y retención del personal para contar con personal calificado, en particular para las mujeres y los trabajadores que inician su carrera, en consonancia con las necesidades actuales y futuras de la población, del sistema de salud y del mercado de trabajo del ámbito de la salud y del asistencial, prestando especial atención al personal de atención primaria que trabaja en entornos de salud de difícil acceso o vulnerables, a fin de acelerar los avances en pro de la cobertura universal de salud;
- 2) abordar de manera sostenible la falta de capacidad en materia de educación, formación y empleo, aumentando sustancialmente el número de trabajadores de la salud y asistenciales calificados, manteniendo al mismo tiempo un alto nivel de formación, en

⁹⁴ Las políticas y las medidas adoptadas a nivel «de país» o «nacional» deberían entenderse como las pertinentes para cada país de acuerdo con las responsabilidades para el conjunto del país o sus partes.

consonancia con los objetivos contemplados en la Declaración de Astaná⁹⁵ y encaminados a alcanzar las tasas de calificación más altas posibles, en los países que necesitan ampliar sustancialmente su personal de salud o que se enfrentan a un rápido envejecimiento de dicho personal;

- 3) promover el trabajo decente para todos los trabajadores de la salud y asistenciales, el reconocimiento formal, una remuneración justa e igual basada en las calificaciones y las funciones desempeñadas, entornos de trabajo propicios y estimulantes y la igualdad de acceso a las oportunidades en materia de educación, formación, empleo y desarrollo de la carrera, mediante enfoques centrados en la equidad que aborden las disparidades, como la brecha salarial de género y cualquier barrera a la que se enfrenten las mujeres, las personas con discapacidad, los trabajadores extranjeros, los trabajadores comunitarios y otras personas en situación de riesgo, promoviendo su participación y representación plenas y significativas, incluso en puestos superiores de liderazgo y de toma de decisiones, en consonancia con lo dispuesto en la Declaración de la OIT relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo;
- 4) priorizar la seguridad y la protección de todos los trabajadores de la salud y asistenciales frente a los abusos, las agresiones, la discriminación, incluida cualquier forma de explotación o abuso sexual, el acoso y la violencia, y el apoyo específico a los trabajadores de la salud en situaciones de emergencia y de conflicto, y aplicar medidas para prevenir y combatir el síndrome de desgaste profesional y promover la salud mental y el bienestar mediante la adopción de políticas en el lugar de trabajo, mecanismos de apoyo institucional e iniciativas comunitarias, en consonancia con el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales;
- 5) priorizar las inversiones en educación, formación, empleo y retención, incluida la capacidad de gestionar y proporcionar supervisión de apoyo para reducir las presiones migratorias en países con una alta tasa de emigración o una escasez crítica de trabajadores de la salud, y fomentar la cooperación ética en materia de migración y contratación internacional de personal de salud, en consonancia con las disposiciones del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, entre otras cosas, fomentando los acuerdos bilaterales equitativos y las alianzas mutuamente beneficiosas, comprometiéndose y reconociendo la importante función que desempeña el sector privado y, cuando proceda, reinvertiendo los honorarios de las agencias en educación, formación, la colaboración responsable con el sector privado y el fortalecimiento de los programas de migración circular, según proceda, que faciliten la transferencia de competencias y benefician a los sistemas de salud de los países de origen y de destino, y creando las condiciones necesarias para que los trabajadores de la salud puedan regresar a sus países de origen mediante programas especiales de reintegración y oportunidades de desarrollo profesional;
- 6) fortalecer las capacidades de administración, liderazgo y gestión para permitir una supervisión eficaz de las agendas del personal de salud y asistencial, entre otras cosas, mediante una planificación estratégica de los recursos humanos basada en sistemas de información sólidos, cuentas nacionales del personal de salud, cuando proceda, y análisis del mercado laboral de la salud, a fin de prestar servicios esenciales y funciones de salud pública,

⁹⁵ [Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná \(Kazajistán\), 25 y 26 de octubre de 2018](#) (consultado el 5 de marzo de 2025).

mejorar el rendimiento de la fuerza de trabajo y la utilización óptima de los trabajadores disponibles, y desarrollar la capacidad en materia de salud, prevención y preparación y respuesta ante emergencias;

7) aprovechar de manera segura y eficaz las oportunidades que ofrecen la salud digital y la inteligencia artificial, promoviendo al mismo tiempo medidas de política e incentivos que mejoren el acceso, la asequibilidad y la inclusividad de estas tecnologías, en particular en los entornos en desarrollo y las zonas insuficientemente atendidas o rurales;

2. INVITA a los asociados y a las partes interesadas a que contribuyan a acelerar el programa en apoyo de los trabajadores de la salud y asistenciales, haciendo un llamamiento específico a:

1) los asociados para el desarrollo, las iniciativas en materia de salud mundial, las instituciones financieras internacionales y las entidades de las Naciones Unidas para que aumenten su apoyo y asistencia técnica, en consonancia con las prioridades y mecanismos nacionales, para el desarrollo, la gestión, la regulación, el empleo y la investigación del personal de salud, y que presten ese apoyo de conformidad con la Agenda de Lusaka y los principios de eficacia de la ayuda, poniendo especial atención en los países que se enfrentan a déficits críticos identificados por la Organización mediante la Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023 y con miras a prestar apoyo a los países afectados por conflictos y crisis humanitarias a fin de promover la estabilidad de los sistemas de salud;

2) las instituciones de enseñanza y formación, especialmente las instituciones de ciencias de la salud y de enseñanza de la medicina, así como a los proveedores de servicios de salud y asistenciales, para que adopten enfoques educativos basados en las competencias, promuevan el seguimiento de las aptitudes y competencias de los trabajadores de la salud en todas las instituciones e incluyan en los programas de enseñanza y aprendizaje permanente, también en colaboración con la Academia de la OMS y otras plataformas de colaboración, competencias en salud digital, la inteligencia artificial y otras innovaciones médicas cuya eficacia y seguridad se haya demostrado, a fin de garantizar que los trabajadores de la salud estén preparados para responder a las exigencias de los sistemas de salud modernos;

3) los colegios de profesionales y los organismos reguladores a fin de optimizar las competencias y la gestión de la fuerza de trabajo, en consonancia con las orientaciones de la OMS sobre la regulación de los proveedores de atención de salud;

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) priorizar los recursos, en consonancia con el Programa General de Trabajo 2025-2028, para destinarlos a aquellas actuaciones y líneas de trabajo cuya finalidad es apoyar la formulación y aplicación de políticas, las actividades normativas y de cooperación técnica que respalden las prioridades en lo que se refiere al personal de salud y asistencial esbozadas en la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030, el Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» (2022-2030) y las resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud, en particular fomentando la colaboración pertinente mediante iniciativas regionales y mundiales, como la alianza conjunta de la OMS, la OIT y la OCDE en pro de la salud («Working for Health»), o las actuaciones con los asociados para el desarrollo y otras partes interesadas pertinentes en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda;

- 2) acelerar la prestación de apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación y la supervisión de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030, promover las inversiones en educación, formación, empleo y retención del personal de salud y asistencial, acelerar los avances en la consecución de la meta 3.c de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y fortalecer las capacidades de prevención, preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública, incluida la capacidad de refuerzo del personal durante los eventos de salud pública, prestando especial atención a los países y regiones que se enfrentan a los desafíos más críticos en lo que respecta al personal de salud y asistencial, proporcionando apoyo técnico y metodológico para restablecer y reforzar el personal de salud en los países afectados por conflictos y la pérdida de profesionales;
- 3) facilitar el acceso de los Estados Miembros a los datos, los conocimientos, la pericia, la orientación y las buenas prácticas en materia de liderazgo, gestión y regulación, educación, formación y adopción de tecnologías de salud digitales, empleo, despliegue y retención, igualdad de género y movilidad y migración internacionales del personal de salud y asistencial, entre otras cosas, mediante el uso y la aplicación del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, así como mediante la colaboración entre pares y la cooperación Sur-Sur;
- 4) prestar apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información y la aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS a fin de permitir la realización de un seguimiento y de análisis en los planos nacional e internacional que sirvan de base para fundamentar las políticas y de análisis del mercado laboral de la salud para fundamentar los planes de aceleración y las inversiones en educación, formación y empleo;
- 5) prestar apoyo a los países, en colaboración con asociaciones, instituciones y escuelas de salud pública, para la implementación de orientaciones técnicas y herramientas que permitan reforzar la capacidad de la fuerza de trabajo para desempeñar funciones esenciales de salud pública, como la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), sobre la base de las iniciativas existentes encaminadas a fortalecer la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de un personal calificado, formado y pluridisciplinar para las emergencias sanitarias mundiales, garantizando al mismo tiempo un entorno de trabajo seguro y saludable;
- 6) informar sobre la aplicación de la presente resolución en el marco del actual ciclo de presentación de informes sobre la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 y el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud; los próximos informes habrán de presentarse a la consideración de la 81.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2028.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, sexto informe)

WHA78.17 Incorporación del Día Mundial de la Prematuridad al calendario de la OMS⁹⁶

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;⁹⁷

Reafirmando el compromiso asumido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de, entre otras cosas, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años;

Recordando la resolución WHA69.2 (2016) sobre el compromiso con la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente;

Observando con preocupación que los recién nacidos prematuros o pequeños para la edad gestacional, o que nacen enfermos o que enferman, corren un riesgo importante de mortalidad posneonatal, deterioro del desarrollo a largo plazo, discapacidad de por vida, retraso del crecimiento y enfermedades no transmisibles, y señalando también que, a nivel mundial, 2,3 millones de lactantes murieron en los primeros 28 días de vida en 2022, de los cuales en torno al 80 % tenían bajo peso al nacer y dos tercios habían nacido de manera prematura, y señalando asimismo que, además, cada año, un millón de recién nacidos pequeños y enfermos sobreviven con una discapacidad a largo plazo, en particular parálisis cerebrales y retrasos cognitivos;⁹⁸

Reconociendo que aún estamos lejos de nuestro objetivo de reducir la tasa de mortalidad neonatal a, por lo menos, 12 por cada 1000 nacidos vivos para 2030 en todos los países, y que los países deben fortalecer la atención al recién nacido para alcanzar el indicador 3.2.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la supervivencia del recién nacido;

Reconociendo que en la resolución WHA77.5 (2024) se invitó a los Estados Miembros a acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil promoviendo el acceso a una atención prenatal, durante el parto y posnatal asequible, de calidad y respetuosa, especialmente para las madres adolescentes que se enfrentan a un mayor riesgo de eclampsia, sepsis y endometritis puerperal, y para los bebés de madres adolescentes que se enfrentan a un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y enfermedades neonatales graves, mediante la ampliación de los servicios de atención neonatal esenciales, asequibles y de calidad para todos los recién nacidos y la inversión en unidades de cuidados especiales para recién nacidos pequeños y enfermos a nivel de distrito;

Observando que se entiende por parto prematuro el parto que se produce antes de las 37 semanas completas de embarazo, que se calcula que 13,4 millones de niños nacieron prematuros y que la tasa de nacimientos prematuros varió entre el 4 % y el 16 % entre los países en 2020, que las complicaciones del parto prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de 5 años y que tres cuartas partes de estas muertes podrían prevenirse con intervenciones costoeficaces ya existentes y disponibles;

⁹⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

⁹⁷ Documento A78/4.

⁹⁸ [Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn](#). Geneva: World Health Organization; 2019 (consultado el 3 de junio de 2025).

Reconociendo que, aunque los partos prematuros son un motivo de preocupación a nivel mundial, la mayoría de ellos se producen en Asia Meridional y el África Subsahariana, y que existe una diferencia dramática en la supervivencia de los recién nacidos prematuros según el lugar donde nacen, por ejemplo, más del 90 % de los prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestación) nacidos en países de ingreso bajo mueren en los primeros días de vida, mientras que, en los entornos de ingreso alto, fallecen menos del 10 %;⁹⁹

Reconociendo el documento de posición mundial de la OMS¹⁰⁰ y su estrategia de aplicación en la que se establece el método de la madre canguro como una innovación transformadora en la atención de la salud, y señalando que todos los cuidadores pueden ofrecer este método;

Tomando nota de las recomendaciones de la OMS de 2022 para la atención del recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer, en las que se fomentan unos cuidados preventivos y de promoción frente a las complicaciones y la implicación de la familia o los cuidadores y las redes de apoyo;

Reconociendo el papel del Día Mundial de la Prematuridad el 17 de noviembre, conmemoración que pusieron en marcha en 2008 la European Foundation for the Care of Newborn Infants y distintas organizaciones europeas de progenitores asociadas, en la tarea de concienciar sobre la carga y los desafíos a nivel mundial de los partos prematuros; reconociendo también que los cofundadores internacionales LittleBigSouls (África), March of Dimes (Estados Unidos de América) y National Premmie Foundation (Australia) se unieron a las celebraciones e hicieron del Día Mundial de la Prematuridad un movimiento intercontinental, y que innumerables personas y organizaciones de más de 100 países aúnan esfuerzos a través de actividades y eventos especiales y se comprometen a actuar para ayudar a reducir los partos prematuros y mejorar la situación de los recién nacidos prematuros y sus familias;

Reconociendo que no todos los Estados Miembros de la OMS celebran el Día Mundial de la Prematuridad y que en los países que lo hacen no se trata de un evento nacional, sino de uno encabezado por personas u organizaciones no gubernamentales;

1. INSTA a los Estados Miembros a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:¹⁰¹

- 1) celebrar el Día Mundial de la Prematuridad de manera apropiada para crear conciencia, promover la educación en el ámbito de la salud, la orientación y las políticas clínicas basadas en la evidencia y costoeficaces, la promoción y la movilización de recursos para la prevención del parto prematuro y la atención de los recién nacidos prematuros;
- 2) colaborar con las partes interesadas locales, nacionales e internacionales pertinentes en los eventos del Día Mundial de la Prematuridad para promover la atención perinatal y neonatal, en particular ampliando las intervenciones de atención del recién nacido, la orientación clínica y de salud pública, la investigación y la difusión de sus resultados, según proceda;

⁹⁹ [Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn](#). Geneva: World Health Organization; 2019 (consultado el 3 de junio de 2025).

¹⁰⁰ [Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care: global position paper](#). Geneva: World Health Organization; 2023 (consultado el 3 de junio de 2025).

¹⁰¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 3) aplicar las directrices de la OMS de 2022 en las que se fomentan unos cuidados preventivos y de promoción frente a las complicaciones y la implicación de la familia o de los cuidadores y las redes de apoyo;
- 4) fortalecer las estrategias de prevención y curativas facilitando el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, en particular la planificación familiar, la información y la educación basadas en la evidencia, pertinentes y oportunas, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales, incluidos los servicios de atención primaria de la salud, haciendo especial hincapié en la gestión de los factores de riesgo del parto prematuro;
- 5) planificar, aplicar y hacer un seguimiento de las intervenciones y tecnologías que salvan vidas, tales como, entre otras, las intervenciones esenciales de cuidado del recién nacido, el protocolo de «separación cero», la lactancia materna, el cuidado del recién nacido pequeño y enfermo, el uso seguro del oxígeno, incluido el uso de máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias, y la disponibilidad de medicamentos de calidad garantizada, como antibióticos y citrato de cafeína y surfactantes, y la detección de retinopatías en el recién nacido prematuro, según corresponda para cada nivel de atención, ya sea en el nivel primario, incluido el de la comunidad, el nivel secundario de atención hospitalaria o el nivel de atención terciario, según lo definido por cada sistema nacional de salud;
- 6) considerar la posibilidad de establecer dispositivos de seguimiento para los recién nacidos pequeños y enfermos, por ejemplo exámenes de audición y visión y evaluaciones del desarrollo neurológico, en todos los niveles del sistema;
- 7) considerar la posibilidad de integrar la atención de los recién nacidos prematuros en un conjunto básico de servicios de salud en el marco de la cobertura universal de salud, con los mecanismos de financiación pertinentes, a fin de reducir la carga financiera asociada a la atención de estos niños;
- 8) reconocer el método de la madre canguro como una estrategia costoeficaz, eficiente y segura para la atención de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer y aplicar este método, y asignarle recursos, a través de los cuidadores dentro de los establecimientos de salud o en el hogar, como un tratamiento de referencia esencial que debería utilizarse con todos los recién nacidos prematuros, de la mano de una iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva y de otras intervenciones basadas en la evidencia y costoeficaces que salvan vidas;
- 9) proporcionar a los trabajadores de la salud una formación integral sobre la atención del desarrollo de los recién nacidos prematuros, en particular sobre los beneficios para la salud de la lactancia materna, y garantizar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna para salvaguardar y promover prácticas óptimas de alimentación en las unidades de atención neonatal;
- 10) aplicar programas e intervenciones de apoyo comunitario que ofrezcan orientaciones basadas en la evidencia y apoyo emocional, psicológico, financiero, material y administrativo para familias de recién nacidos prematuros, con miras a ayudarlas a superar las dificultades excepcionales asociadas con un parto prematuro;

11) considerar la posibilidad de elaborar o revisar las leyes, reglamentos y normas nacionales y locales sobre la licencia para progenitores y cuidadores, así como las prestaciones conexas que facilitan el cuidado de un recién nacido prematuro;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) incorporar el Día Mundial de la Prematuridad al calendario de la OMS para celebrarlo de manera apropiada con miras a crear conciencia a nivel nacional y mundial y promover la educación en el ámbito de la salud, las orientaciones y las políticas clínicas basadas en la evidencia y costoeficaces, la investigación y la movilización de recursos para la prevención del parto prematuro y la atención de los recién nacidos prematuros;

2) prestar apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información que contribuyen a efectuar un seguimiento de los avances en las tasas mundiales y nacionales de nacimientos prematuros y de mortalidad y morbilidad conexas, a fin de ayudar a subsanar las carencias de financiación y elaborar políticas, programas y estrategias basados en la evidencia;

3) prestar apoyo a los países en la elaboración y armonización de sus planes de acción nacionales en materia de salud, incluidos los cálculos de los costos de aplicación, a fin de alcanzar sus metas de reducción de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con los partos prematuros;

4) colaborar con las partes interesadas pertinentes en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, en particular a través de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los recién nacidos, en todas partes», para reforzar la asistencia técnica y el apoyo programático con miras a prevenir los partos prematuros y prestar atención a los recién nacidos prematuros, ayudando a los países a ampliar las intervenciones de alto impacto y fortalecer sus sistemas de salud, incluidos sus trabajadores y la atención a nivel comunitario;

5) promover definiciones normalizadas y lograr avances en unos parámetros suficientemente detallados para medir los efectos relativos a los partos prematuros, junto con otros efectos de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil;

6) informar a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación de 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 (2016-2030), con especial atención a la eficacia de los esfuerzos renovados para acelerar la consecución del indicador 3.2.2. de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, sexto informe)

WHA78.18 Regulación de la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna¹⁰²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹⁰³

Recordando todas las resoluciones anteriores sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño, las prácticas adecuadas de alimentación y cuestiones conexas, en particular las resoluciones WHA31.47 (1978), WHA33.32 (1980), WHA34.22 (1981), WHA35.26 (1982), WHA37.30 (1984), WHA39.28 (1986), WHA41.11 (1988), WHA43.3 (1990), WHA45.34 (1992), WHA46.7 (1993), WHA47.5 (1994), WHA49.15 (1996), WHA54.2 (2001), WHA55.25 (2002), WHA58.32 (2005), WHA59.21 (2006), WHA61.20 (2008), WHA63.23 (2010), WHA65.6 (2012), WHA69.9 (2016) y WHA71.9 (2018), y las decisiones pertinentes, como las decisiones WHA73(26) (2020) y WHA75(21) (2022);

Reconociendo que la comercialización de sucedáneos de la leche materna y de biberones y tetinas y la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños¹⁰⁴ siguen menoscabando considerablemente los progresos hacia una alimentación óptima de los lactantes y los niños pequeños;

Teniendo presente la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en virtud de la cual 196 Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y que los Estados Partes adoptarán las medidas apropiadas para asegurar que todos los sectores de la sociedad, en particular los padres y los hijos, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños y las ventajas de la lactancia materna, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos, como se destaca en el artículo 24 de la Convención;

Subrayando que proteger, promover y apoyar la lactancia materna, así como garantizar la protección de los derechos del niño y de la mujer contra los efectos nocivos y la injerencia de la comercialización por parte de los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna, son medidas pertinentes para el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño;

Tomando nota de las conclusiones derivadas de las evidencias recientes sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna, en particular reconociendo que las tecnologías digitales han permitido elaborar herramientas nuevas y poderosas de comercialización para la promoción de sucedáneos de la leche materna, y de la necesidad de reforzar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna;

¹⁰² Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹⁰³ Documento A78/4.

¹⁰⁴ Los alimentos para lactantes y niños pequeños se definen como alimentos o bebidas fabricados para su venta que se comercializan específicamente como adecuados para alimentar a niños de 6 a 36 meses de edad, con arreglo a la directriz titulada [Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children](#) (Orientaciones sobre la forma de poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños) (consultado el 5 de marzo de 2025).

Reconociendo que la comercialización digital, en particular la comercialización por personas influyentes, ha pasado a ser la forma dominante de comercialización en muchos países;¹⁰⁵ que, cuando no se regula de manera efectiva, tiene efectos nocivos en la salud pública; y que los progenitores y cuidadores de todos los países del mundo están expuestos a la promoción directa e indirecta de sucedáneos de la leche materna;

Expresando su profunda preocupación por las inadecuadas estrategias de comercialización digital utilizadas por los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna, de biberones y tetinas y de alimentos para lactantes y niños pequeños para apuntar hacia las mujeres embarazadas, los progenitores y cuidadores, así como a los profesionales de la salud, incluso con contenido personalizado;

Tomando nota de la importancia de garantizar que la información sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño a disposición de los profesionales de la salud y los consumidores sea imparcial, objetiva y basada en la evidencia y esté libre de conflictos de intereses y en consonancia con las recomendaciones de la OMS;

Expresando también su preocupación por los desafíos que la comercialización digital, en particular la comercialización por personas influyentes, representa para la elaboración, seguimiento y cumplimiento de medidas de reglamentación nacionales destinadas a restringir la promoción y la publicidad de sucedáneos de la leche materna y poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños, incluidas las estrategias y prácticas transfronterizas de comercialización digital;

Consciente de que la aplicación efectiva del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna en los entornos digitales requiere la elaboración de mecanismos regulatorios nacionales, coordinación entre un amplio conjunto de organismos gubernamentales en el seno de los Estados Miembros, según proceda, y entre Estados Miembros, según proceda, y la imposición de obligaciones jurídicas específicas a las diferentes entidades que intervienen en la comercialización digital, en particular la comercialización por personas influyentes, junto con sanciones disuasorias efectivas y proporcionadas y desincentivos al incumplimiento de toda medida regulatoria obligatoria impuesta;

Reiterando la necesidad de disponer de prácticas de buena gobernanza que incluyan salvaguardias contra posibles conflictos de intereses al elaborar y aplicar medidas de reglamentación para regular la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna, la necesidad de medidas de reglamentación obligatorias, ya que las medidas voluntarias han demostrado ser ineficaces o insuficientes para la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna,¹⁰⁶ y la importancia de velar por la elaboración de sistemas eficaces de seguimiento y cumplimiento que funcionen de una manera transparente e independiente que esté libre de presiones comerciales;

Subrayando la necesidad de prestar apoyo técnico a los Estados Miembros en materia de medidas de reglamentación orientadas a restringir la promoción y la publicidad digital de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas, y a poner fin a la promoción digital inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños, a fin de garantizar que tales prácticas se

¹⁰⁵ Véase la publicación [Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes](#). Geneva: World Health Organization; 2022 (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹⁰⁶ Véase la directriz de la OMS titulada [Policies to protect children from the harmful impact of food marketing](#) (consultado el 5 de marzo de 2025).

aborden de forma adecuada en la reglamentación nacional nueva o existente concebida para aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, así como las Orientaciones sobre la forma de poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños y las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna,

1. EXHORTA A los Estados Miembros¹⁰⁷ a que, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

1) intensificar sus esfuerzos por elaborar y fortalecer medidas de reglamentación sólidas para regular la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos para lactantes y niños pequeños, en particular en los entornos digitales, teniendo plenamente en cuenta las recomendaciones contenidas en las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna;¹⁰⁸

2) establecer y fortalecer sus sistemas y tecnologías de seguimiento para identificar la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos para lactantes y niños pequeños, e informar al respecto, y tratar de velar por que dichos sistemas estén suficientemente equipados para detectar las prácticas de comercialización inadecuadas en los entornos digitales;

3) determinar, dotar de medios, coordinar y fortalecer todos los organismos gubernamentales competentes que se ocupen de la aplicación y el seguimiento en el ámbito nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las Orientaciones sobre la forma de poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños y las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna;

4) colaborar con todos los organismos gubernamentales competentes que se ocupen de regular la publicidad, el contenido de la comercialización y las tecnologías de comunicación para garantizar una regulación efectiva en todos los ámbitos y llevar a cabo los procesos necesarios de inspección, seguimiento y control;

5) salvaguardarse frente a los conflictos de intereses en la elaboración, aplicación, seguimiento y evaluación de las medidas de reglamentación para promulgar y aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las Orientaciones sobre la forma de poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños y las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna;

2. HACE UN LLAMAMIENTO a la sociedad civil para que preste apoyo a la elaboración y aplicación de medidas de reglamentación sólidas para regular la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna y alimentos para lactantes y niños pequeños;

¹⁰⁷ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

¹⁰⁸ Teniendo en cuenta al mismo tiempo las obligaciones internacionales, según proceda.

3. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) prestar apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación de las recomendaciones de las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna, así como en el seguimiento y la evaluación de su aplicación, en particular mediante la puesta en marcha de herramientas de seguimiento nuevas o existentes;
- 2) compilar las experiencias nacionales, los desafíos encontrados y las lecciones aprendidas en relación con la aplicación de las recomendaciones de las Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna por medio de consultas regionales, entre otras opciones, con el fin de resumir las evidencias nuevas o existentes sobre su eficacia y considerar la posibilidad de introducir cambios, de ser necesario;
- 3) informar a la 81.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2028 sobre la aplicación de la presente resolución, como parte del informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión A, sexto informe)

WHA78.19 Escala de contribuciones para 2026-2027

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;¹⁰⁹

Habiendo examinado asimismo el informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,¹¹⁰

ADOPTA la escala de contribuciones de los Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2026-2027 que figura a continuación.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
	%
Afganistán	0,0050
Albania	0,0100
Alemania	5,6923
Andorra	0,0040
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	1,2171
Argelia	0,0870
Argentina	0,4900
Armenia	0,0070

¹⁰⁹ Documento A78/22.

¹¹⁰ Documento A78/38.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
Australia	2,0401
Austria	0,6260
Azerbaiyán	0,0340
Bahamas	0,0150
Bahrein	0,0500
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0070
Belarús	0,0430
Bélgica	0,7730
Belice	0,0010
Benin	0,0050
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0180
Bosnia y Herzegovina	0,0140
Botswana	0,0130
Brasil	1,4111
Brunei Darussalam	0,0190
Bulgaria	0,0710
Burkina Faso	0,0050
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0080
Camerún	0,0140
Canadá	2,5431
Colombia	0,1970
Comoras	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0630
Côte d'Ivoire	0,0240
Croacia	0,0880
Cuba	0,1220
Chad	0,0050
Chequia	0,3440
Chile	0,3740
China	20,0050
Chipre	0,0350
Dinamarca	0,5310
Djibouti	0,0020
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0650
Egipto	0,1820
El Salvador	0,0130
Emiratos Árabes Unidos	0,5740
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1490
Eslovenia	0,0770

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
España	1,8951
Estados Unidos de América	22,0000
Estonia	0,0450
Eswatini	0,0020
Etiopía	0,0100
Federación de Rusia	2,0941
Fiji	0,0030
Filipinas	0,1980
Finlandia	0,3860
Francia	3,8582
Gabón	0,0110
Gambia	0,0010
Georgia	0,0090
Ghana	0,0250
Granada	0,0010
Grecia	0,2800
Guatemala	0,0460
Guinea	0,0040
Guinea-Bissau	0,0010
Guinea Ecuatorial	0,0080
Guyana	0,0110
Haití	0,0060
Honduras	0,0100
Hungría	0,2230
India	1,1061
Indonesia	0,5790
Irán (República Islámica del)	0,3860
Iraq	0,1310
Irlanda	0,4720
Islandia	0,0350
Islas Cook (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Islas Feroe (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,6090
Italia	2,8131
Jamaica	0,0070
Japón	6,9304
Jordania	0,0210
Kazajstán	0,1310
Kenya	0,0370
Kirguistán	0,0030
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2220
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0500

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
Líbano	0,0220
Liberia	0,0010
Libia	0,0400
Lituania	0,0810
Luxemburgo	0,0730
Macedonia del Norte	0,0080
Madagascar	0,0040
Malasia	0,3260
Malawi	0,0030
Maldivas	0,0040
Malí	0,0050
Malta	0,0200
Marruecos	0,0590
Mauricio	0,0100
Mauritania	0,0030
México	1,1371
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0110
Mongolia	0,0040
Montenegro	0,0040
Mozambique	0,0020
Myanmar	0,0100
Namibia	0,0070
Nauru	0,0010
Nepal	0,0100
Nicaragua	0,0040
Níger	0,0040
Nigeria	0,1500
Niue (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Noruega	0,6530
Nueva Zelandia	0,3020
Omán	0,1150
Países Bajos (Reino de los)	1,2981
Pakistán	0,1230
Palau	0,0010
Panamá	0,0860
Papua Nueva Guinea	0,0090
Paraguay	0,0230
Perú	0,1450
Polonia	0,8310
Portugal	0,3280
Puerto Rico (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Qatar	0,2450
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	3,9912
República Árabe Siria	0,0060
República Centroafricana	0,0010

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
República de Corea	2,3491
República de Moldova	0,0060
República Democrática del Congo	0,0100
República Democrática Popular Lao	0,0060
República Dominicana	0,0690
República Popular Democrática de Corea	0,0050
República Unida de Tanzania	0,0100
Rumanía	0,3580
Rwanda	0,0030
Saint Kitts y Nevis	0,0010
Samoa	0,0010
San Marino	0,0020
Santa Lucía	0,0020
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Senegal	0,0070
Serbia	0,0400
Seychelles	0,0020
Sierra Leona	0,0010
Singapur	0,4790
Somalia	0,0020
Sri Lanka	0,0380
Sudáfrica	0,2510
Sudán	0,0080
Sudán del Sur	0,0050
Suecia	0,8220
Suiza	1,0291
Suriname	0,0020
Tailandia	0,3410
Tayikistán	0,0030
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0020
Tokelau (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0330
Túnez	0,0180
Türkiye	0,6850
Turkmenistán	0,0360
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,0740
Uganda	0,0100
Uruguay	0,0790

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2026-2027
Uzbekistán	0,0240
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,0690
Viet Nam	0,1590
Yemen	0,0030
Zambia	0,0060
Zimbabwe	0,0070
TOTAL	100,0000

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, segundo informe)

WHA78.20 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

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y sobre los 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,¹¹¹ así como los arreglos especiales para el pago de los atrasos;

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud;¹¹²

Observando que, en el momento de la apertura de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, estaba suspendido el derecho de voto del Afganistán, Dominica, el Líbano, 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;

Observando que, en el momento de la apertura de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, el Camerún, Granada, Myanmar y Santa Lucía tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, 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 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026,

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7 (1988), si en la fecha de apertura de la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, el Camerún, Granada, Myanmar y Santa Lucía todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia

¹¹¹ Documento A78/23.

¹¹² Documento A78/38.

bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, 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 del presente documento se mantendrá en la 79.^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;

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.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, segundo informe)

WHA78.21 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: el Líbano

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la solicitud del Líbano relativa a sus atrasos de contribuciones hasta 2025, inclusive, por valor de USD 1 508 160; considerando asimismo la solicitud del Líbano de reprogramar el pago de su saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2025 y 2034;¹¹³

Observando que la solicitud no cumple en su totalidad los requisitos previstos en la resolución WHA54.6 (2001), sobre arreglos especiales para la liquidación de atrasos, en lo que se refiere al calendario y al procedimiento,

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto del Líbano en la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones siguientes:

El Líbano liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de USD 1 508 160, a lo largo de diez años, desde 2025 hasta 2034, según se expone a continuación, y abonará además su contribución anual señalada a partir de 2026;

Año	USD
2025	220 182
2026	89 053
2027	98 603
2028	98 603
2029	142 904
2030	142 904
2031	142 904
2032	187 205
2033	189 205
2034	196 597
Total	1 508 160

¹¹³ Véase el documento A78/35.

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los privilegios de voto se suspenderán automáticamente si el Líbano no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;
3. PIDE al Director General que informe a las futuras Asambleas de la Salud, según proceda, sobre la situación a ese respecto;
4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno del Líbano.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, segundo informe)

WHA78.22 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General¹¹⁴

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹¹⁵

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo sobre la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General,

- 1) FIJA en USD 213 655 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y de Director Regional,¹¹⁶ lo que supone un sueldo neto de USD 156 512;
- 2) FIJA en USD 235 064 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto,¹¹⁷ lo que supone un sueldo neto de USD 170 642;
- 3) FIJA en USD 293 003 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que supone un sueldo neto de USD 218 602;
- 4) DECIDE que estos ajustes salariales sean efectivos a partir del 1 de enero de 2025.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, segundo informe)

¹¹⁴ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹¹⁵ Documento A78/4.

¹¹⁶ Categoría salarial UG1.

¹¹⁷ Categoría salarial UG2.

WHA78.23 Hechos anteriores¹¹⁸

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹¹⁹

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca del artículo IX del Estatuto del Personal,

1. ADOPTA las modificaciones del párrafo 9.2 del Estatuto del Personal;¹²⁰
2. DECIDE que estas modificaciones sean efectivas a partir del 1 de julio de 2025.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025
Comisión B, segundo informe)

WHA78.24 Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño 2012-2025: prórroga¹¹⁸

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹¹⁹

Recordando la resolución WHA65.6 (2012), por la que la Asamblea de la Salud respaldó el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño;

Reafirmando el compromiso contraído en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular para poner fin a todas las formas de malnutrición para 2030;

Recordando la resolución WHA69.2 (2016), sobre el compromiso con la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030);

Reiterando las recomendaciones para la prevención y la atención de la obesidad a lo largo de la vida contenidas en el plan de aceleración de la OMS para frenar la obesidad;

Reiterando también la importancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones posteriores de la Asamblea de la Salud sobre nutrición infantil;

Reconociendo la necesidad de promover prácticas de lactancia materna exclusiva, así como la necesidad de promover prácticas óptimas de alimentación complementaria para los niños, de conformidad con las directrices alimentarias nacionales;

Tomando nota del marco de acción integral para acelerar la reducción de la anemia, el Plan de Acción Mundial sobre la Emaciación Infantil (2021-2030) y las prioridades normativas esbozadas en el llamado a la acción sobre la lactancia materna del Colectivo Mundial para la Lactancia Materna;

¹¹⁸ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹¹⁹ Documento A78/4.

¹²⁰ Véase el anexo 2.

Tomando nota también del marco de la OMS de acciones esenciales de nutrición para avanzar hacia el logro de las metas mundiales de nutrición;

Reconociendo los importantes progresos realizados para alcanzar la meta mundial de nutrición relativa a la lactancia materna exclusiva y lograr que no aumente el sobrepeso infantil, pero reconociendo que es necesario seguir avanzando;

Expresando preocupación por el hecho de que los progresos realizados hacia el logro de las metas mundiales de nutrición relativas al retraso en el crecimiento, la anemia, el bajo peso al nacer y la emaciación hayan sido insuficientes y sigan retrasados,

1. PRORROGA el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño hasta 2030 a fin de alinearlo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;
2. PROLONGA el plazo, y pide que se avance al respecto, para el logro de las metas mundiales de nutrición relativas al retraso en el crecimiento, la anemia, el bajo peso al nacer y la emaciación, la lactancia materna exclusiva y el sobrepeso infantil, procurándose al mismo tiempo acelerar los progresos con respecto al sobrepeso infantil y la lactancia materna exclusiva;
3. ADOPTA metas operacionales mundiales, incluidas las siguientes: mejorar la diversidad dietética en mujeres y niños; aumentar el inicio temprano de la lactancia materna; ofrecer asesoramiento sobre alimentación de lactantes y niños pequeños; aumentar el consumo de suplementos que contengan hierro según sea necesario durante el embarazo y reducir el consumo de bebidas azucaradas;
4. HACE UN LLAMADO a todas las organizaciones regionales y/o internacionales pertinentes, a las partes interesadas, a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, a los asociados multilaterales, incluidos los bancos de desarrollo y las instituciones financieras, y a las cumbres centradas en los sistemas alimentarios, la seguridad alimentaria y la nutrición a que redoblen sus esfuerzos, centren sus debates sobre los sistemas alimentarios, la seguridad alimentaria y la nutrición en la integración de los objetivos de nutrición en todos los sectores y hagan el seguimiento de las inversiones en nutrición;
5. INSTA a los Estados Miembros¹²¹ a que mantengan y aceleren las medidas encaminadas a implementar el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, según proceda y teniendo en cuenta los contextos y las prioridades nacionales, en particular:
 - 1) adoptando o ampliando políticas de nutrición que aborden todas las formas de malnutrición mediante la coordinación y la aplicación multisectoriales;
 - 2) procurando aumentar la financiación interna para los programas que versen específicamente sobre la nutrición y la tengan en cuenta con líneas presupuestarias y metas financieras claras;
 - 3) integrando plenamente las acciones esenciales de nutrición en los servicios de atención de salud preventivos y curativos ordinarios, sin dejar de avanzar hacia la cobertura universal de salud;

¹²¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 4) fortaleciendo la capacidad de los trabajadores de la salud para llevar a cabo acciones esenciales de nutrición a través de una mejor capacitación previa al empleo y durante el empleo y una evaluación sistemática de las competencias;
 - 5) reforzando los programas de personal de salud comunitario para ampliar el alcance de los sistemas de salud y la prestación de servicios de nutrición;
 - 6) procurando transformar y/o promover sistemas alimentarios que promuevan el acceso universal a alimentos asequibles, inocuos y saludables con el fin de satisfacer las necesidades dietéticas y las preferencias alimentarias para una vida activa y saludable;
 - 7) adoptando medidas para promover dietas más saludables, en particular mediante la regulación efectiva de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y los alimentos para lactantes y niños pequeños;
 - 8) reforzando los sistemas de monitoreo y evaluación para proporcionar información periódica sobre la implementación de las políticas de nutrición, la ejecución de los programas y sus resultados;
 - 9) intensificando los esfuerzos para integrar los objetivos de nutrición en todos los sectores y hacer un seguimiento de las inversiones en nutrición;
6. PIDE al Director General que tenga a bien:
- 1) prestar apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten en la elaboración de políticas y programas destinados a acelerar los progresos en la mejora del estado nutricional de las madres, los niños pequeños y los lactantes, y prestar asistencia en el monitoreo y la evaluación de estas medidas;
 - 2) informar sobre los progresos realizados en la implementación del Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, junto con el informe sobre la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud, en informes bienales a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, hasta 2030 (que se presentarán en 2026, 2028 y 2030, respectivamente);
 - 3) llevar a cabo un examen de las normas y políticas de nutrición existentes que determinan la calidad y la salubridad de los alimentos suministrados en los programas de nutrición preescolar y escolar e informar sobre los resultados a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026, junto con el informe indicado en el párrafo 6 2) anterior.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, tercer informe)

WHA78.25 Reasignación de Indonesia de la Región de Asia Sudoriental a la Región del Pacífico Occidental¹²²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la petición del Gobierno de Indonesia para la inclusión de ese país en la Región del Pacífico Occidental,¹²³

RESUELVE que Indonesia forme parte de la Región del Pacífico Occidental.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, tercer informe)

WHA78.26 Izado de las banderas de los Estados observadores no miembros en la Organización Mundial de la Salud¹²²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Guiada por los propósitos y los principios de la Carta de las Naciones Unidas;

Teniendo presente el Preámbulo de dicha Carta y la reafirmación de la fe en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas;

Observando la participación de Palestina, en calidad de Estado observador no miembro, en las reuniones y en todos los trabajos de la Organización Mundial de la Salud;

Recordando que Palestina se convirtió en Estado observador no miembro en las Naciones Unidas el 29 de noviembre de 2012, y recordando también a este respecto la resolución 67/19 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 29 de noviembre de 2012, así como las resoluciones anteriores pertinentes;

Recordando también la resolución 69/320 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 10 de septiembre de 2015, titulada «Izado de las banderas de los Estados observadores no miembros en las Naciones Unidas»;

Recordando asimismo la resolución WHA77.15, de 1 de junio de 2024, titulada «Armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas»;

1. DECIDE que las banderas de los Estados observadores no miembros en las Naciones Unidas se izarán en la Sede de la Organización Mundial de la Salud y en sus oficinas después de las banderas de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, por orden alfabético, sin perjuicio de su participación en calidad de Estado observador y sin que ello otorgue la consideración de Estado Miembro de la Organización Mundial de la Salud;

¹²² Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹²³ Véase el documento A78/31.

2. SOLICITA al Director General que adopte las medidas necesarias para aplicar la presente resolución antes de la clausura de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA78.27 Impulso del apoyo mundial a un futuro sin plomo¹²⁴

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹²⁵

Recordando los compromisos contraídos en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de 2002 de eliminar gradualmente el plomo de las pinturas y de otras fuentes a que están expuestos los seres humanos; trabajar para prevenir, en particular, el contacto de los niños con el plomo y mejorar los esfuerzos de vigilancia, supervisión y tratamiento;

Reconociendo que prevenir y mitigar los efectos para la salud debidos a todas las fuentes de exposición al plomo está en consonancia con el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028 de la OMS, que hace hincapié en abordar los determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud, incluidos el cambio climático y la degradación ambiental;

Reconociendo también la Hoja de Ruta de la OMS sobre los Productos Químicos, aprobada en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud para ayudar a alcanzar los objetivos fijados para 2020 («y años posteriores») del Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional (SAICM), a fin de mejorar el papel de liderazgo del sector de la salud mundial en los componentes relacionados con la salud de la exposición a sustancias químicas nocivas, incluido el plomo, y el importante papel de apoyo que desempeña en la esfera de la cooperación multisectorial desde el punto de vista de la gestión racional de las sustancias químicas, incluido el plomo en tanto que una de las diez sustancias químicas más preocupantes para la salud pública;¹²⁶

Acogiendo con beneplácito el hecho de que en el Marco Mundial sobre los Productos Químicos: por un Planeta Libre de los Daños derivados de los Productos Químicos y los Desechos, de 2023,¹²⁷ se reconoce que el sector de la salud desempeña una función fundamental y posee unos conocimientos especializados únicos para contribuir a la gestión racional de los productos químicos y los desechos y promover la salud y el bienestar, y recordando asimismo la resolución WHA76.17 (2023) sobre los efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana, en la que se puso de relieve la importancia fundamental de la labor de la OMS y del sector de la salud en la gestión a nivel mundial de las sustancias químicas, en particular en relación con el liderazgo y el apoyo de las negociaciones para llegar al Marco Mundial sobre los Productos Químicos;

¹²⁴ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹²⁵ Documento A78/4.

¹²⁶ Véase la página web sobre [las diez sustancias químicas más preocupantes para la salud pública](#) (en inglés). OMS, 2020 (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹²⁷ Adoptado como sucesor del SAICM, en Bonn (Alemania), durante el quinto periodo de sesiones de la Conferencia Internacional sobre Gestión de los Productos Químicos, 28 y 29 de septiembre de 2023, [Marco Mundial sobre los Productos Químicos](#) (consultado el 25 de febrero de 2025).

Reconociendo la necesidad de actualizar la Hoja de Ruta de la OMS sobre los Productos Químicos para mejorar la participación del sector de la salud en relación con el Marco Mundial sobre los Productos Químicos, de 2023, en particular la importancia de que las estrategias de protección de la salud se centren en productos químicos específicos que son motivo de preocupación, como el plomo, y aborden las necesidades de las personas en situación de riesgo de verse expuestas a estos productos, en particular las que están en situaciones vulnerables, y tomando nota de que el Director General está elaborando un informe conexo para ocuparse de las actualizaciones necesarias;

Recordando el creciente compromiso político para abordar la exposición al plomo, incluido el Llamamiento a la Acción del G20 para Fortalecer los Servicios de Agua Potable, Saneamiento e Higiene, en el que se destaca el papel de la cooperación técnica internacional en la tarea de combatir la contaminación del agua, incluida la causada por el plomo;

Reconociendo la colaboración en curso, como la nueva Alianza para un Futuro sin Plomo, público-privada y de carácter mundial (que se puso en marcha en paralelo a la 79.^a Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2024), que tiene como cometido ocuparse de la exposición al plomo en los países de ingreso mediano y bajo y poner fin a la intoxicación infantil por plomo para 2040;

Reconociendo también que el plomo es un metal pesado para el que no se conocen niveles seguros de concentración en la sangre y que algunos estudios han estimado que está detrás de cerca de la mitad de los dos millones de defunciones en 2019 debidas a la exposición a sustancias químicas,¹²⁸ y que la cifra estimada anual de fallecimientos relacionados con el plomo en 2021 es de 1,5 millones (principalmente como consecuencia de efectos cardiovasculares);¹²⁹

Expresando preocupación por el hecho de que los niños pequeños son especialmente vulnerables a los efectos para la salud de la exposición al plomo, ya que se estima que uno de cada tres niños en todo el mundo presenta niveles de concentración de plomo en sangre considerados muy preocupantes, lo que conduce a un alto riesgo de malos resultados desde el punto de vista del desarrollo, dificultades de aprendizaje y comportamiento, menores logros educativos, menores

¹²⁸ Véase: notas descriptivas de la OMS, [Intoxicación por plomo](#), 27 de septiembre de 2024 (consultado el 5 de marzo de 2025). Véase también: The Institute for Health Metrics and Evaluation: Global Health Metrics, [Lead exposure - Level 3 Risk - Global Burden of Disease in 2021](#), y OMS, [The public health impacts of chemicals: knowns and unknowns](#), 2016 (ambos consultados el 5 de marzo de 2025). En el panorama general se señala que, «de acuerdo con las estimaciones que figuran en el anexo con datos correspondientes a 2021, la cifra de vidas y el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad que se perdieron en 2019 como consecuencia de la exposición a determinadas sustancias químicas ascendieron, respectivamente, a 2 millones y 53 millones».

¹²⁹ Véase la publicación del Institute for Health Metrics and Evaluation, [2021 Global Burden of Disease Study, \(2021\)](#) (consultado el 5 de marzo de 2025). Véase también la resolución WHA76.17.

ingresos y, en última instancia, mortalidad prematura,¹³⁰ y observando que el 99 % de estos niños viven en países de ingreso mediano y bajo,^{131,132}

Tomando nota de que la exposición crónica de los adultos incluso a concentraciones bajas de plomo tiene efectos perjudiciales para la salud y está asociada a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares,¹³³ y de que, en el caso de las mujeres embarazadas expuestas al plomo, hay un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, abortos espontáneos, trastornos del desarrollo fetal, dar a luz a niños con bajo peso al nacer, partos prematuros y mortinatos;¹³⁴ y tomando nota asimismo de que las personas de edad expuestas a concentraciones bajas de plomo pueden tener un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial, deterioro cognitivo y síntomas psiquiátricos, así como demencia;¹³⁵

Tomando nota también de la iniciativa mundial puesta en marcha por un consorcio de gobiernos, fabricantes y asociados de la sociedad civil en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua, celebrada en 2023, para lograr un agua potable sin plomo y reconociendo los esfuerzos continuados de la OMS para hacer frente a los graves efectos del plomo en la salud mediante actividades de divulgación y participación, así como los importantes progresos realizados a través de la Alianza a Favor de Vehículos y Combustibles Menos Contaminantes, del PNUMA, que erradicó toda la gasolina con plomo para automóviles de los mercados mundiales, así como a través de la Alianza Mundial para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura, de la OMS y el PNUMA, que cuenta con más de 100 asociados que tienen como objetivo prevenir la exposición infantil a la pintura con plomo (y reducir al mínimo la exposición ocupacional);

Preocupada por el hecho de que hacer caso omiso de los efectos adversos para la salud de la exposición al plomo podría socavar los esfuerzos de la OMS y de los Estados Miembros encaminados a mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades y las inequidades en materia de salud en todo el mundo;

Subrayando la importancia de prestar especial atención a las personas que se ven desproporcionadamente afectadas por la exposición al plomo, en particular los niños, las mujeres en edad reproductiva, las personas de comunidades de ingreso bajo y las personas que viven en países en desarrollo;

Reconociendo que la cooperación multisectorial, como se reconoce en la Hoja de Ruta de la OMS sobre los Productos Químicos, puede impulsar los avances en la esfera de la seguridad

¹³⁰ Véase: [UNICEF and Pure Earth \(2020\)](#). Sobre los efectos negativos sobre el desarrollo y los resultados de salud, véanse distintas fuentes: menor desarrollo cognitivo y pérdida de CI: [Crump et al. \(2013\)](#), [Lanphear et al. \(2005\)](#); dificultades de aprendizaje: [Donzelli et al. \(2019\)](#), [Goodlad et al. \(2013\)](#); menores logros educativos: [Crawford et al. \(2023\)](#); dificultades conductuales: [Marcus et al. \(2010\)](#); plomo y riesgo de enfermedades cardiovasculares: [Ava Navas-Acien et al. \(2006\)](#) y [Lamas et al. \(2023\)](#) (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹³¹ Véase: [Opportunities for the G7 to address the global crisis of lead poisoning in the 21st century a Rapid Stocktaking Report](#), 2023 (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹³² Véase: [UNEP Global Chemical Outlook II](#), página 159, 29 de abril de 2019 (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹³³ Véase: Journal of the American Heart Association, «[Contaminant Metals as Cardiovascular Risk Factors: A Scientific Statement from the American Heart Association](#)», 12 de junio de 2023 (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹³⁴ Véase: preeclampsia [[Zhong et al. \(2022\)](#) y [Poropat et al. \(2018\)](#)], nacimientos prematuros [[Khanam et al. \(2021\)](#), [Habibian et al. \(2022\)](#), y [Wu et al. \(2022\)](#)], bajo peso al nacer [[Wang et al. \(2020\)](#) y [Vigeh et al. \(2022\)](#)], mortinatos [[Kaur et al. \(2021\)](#)] (consultado el 5 de marzo de 2025).

¹³⁵ Véase, [UNEP Global Chemical Outlook II](#), página 60, 29 de abril de 2019 (consultado el 5 de marzo de 2025).

química y se fundamenta en intervenciones en materia de salud basadas en la evidencia para reducir los efectos en la salud a lo largo de toda la vida debidos a la exposición al plomo, especialmente en los niños;

Haciendo hincapié en que esta resolución constituye una nueva y oportuna ocasión para que la comunidad mundial de la salud aproveche su poder de convocatoria para defender una mejora de los resultados de salud, redoblando con ese fin las acciones y el compromiso de los sectores que todavía utilizan plomo en los materiales de construcción, por ejemplo en las pinturas, las tuberías y los accesorios para las tuberías, pero también en los juguetes, las especias, los cosméticos y otros bienes de consumo, así como el de las fuentes industriales que contribuyen a la contaminación por plomo, incluida la producción, eliminación y reciclaje inseguros de baterías de plomo-ácido,

1. INSTA a los Estados Miembros¹³⁶ a que, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

- 1) comprometerse con una visión compartida para lograr un mundo sin exposición al plomo y priorizar los esfuerzos encaminados a hacer frente a este acuciante desafío para la salud mundial;
- 2) reforzar la aplicación de las directrices de la OMS pertinentes, como la Directriz de la OMS para el tratamiento clínico de la exposición al plomo, las Guías de la OMS para la calidad del agua de consumo humano, la Hoja de Ruta de la OMS sobre los Productos Químicos y el curso de capacitación en línea OMS/UNICEF sobre salud ambiental de los niños;
- 3) participar activamente, en los planos nacional, subregional, regional e internacional, en la puesta en marcha y el fortalecimiento de una cooperación holística y multisectorial orientada a la acción, para, por ejemplo, intercambiar datos científicos y sobre buenas prácticas, promover la investigación y la evaluación de riesgos, prevenir y mitigar la exposición al plomo debida a todas las fuentes a fin de reducir los efectos conexos para la salud, y adaptar y fortalecer los sistemas de salud a fin de hacer frente a estos problemas de salud;
- 4) fortalecer y mantener sistemas que permitan hacer un seguimiento de los progresos en la reducción de la exposición al plomo, incluidas las pruebas para determinar la concentración de plomo en sangre, especialmente en niños, y el cribado de personas en situación de alto riesgo;
- 5) participar activamente en la elaboración de un plan de acción mundial de la OMS sobre la mitigación de la exposición al plomo (como se solicita en el párrafo 2 1) de la presente resolución) con miras a fortalecer la respuesta de salud mundial a la exposición al plomo y reducir progresivamente las consecuencias del plomo en la salud humana;
- 6) desarrollar y fortalecer las capacidades del sector de la salud para prevenir, detectar y mitigar la exposición al plomo en los niños, entre otras cosas, a través de un aumento de la concienciación, las actividades de promoción y la capacitación de los trabajadores de la salud, en particular los que participan en programas de salud materno-infantil, y el incremento de la disponibilidad de medios de diagnóstico, la mejora de las capacidades de

¹³⁶ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

laboratorio para detectar los niveles de plomo y la disponibilidad de los antídotos recomendados en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales;

7) proporcionar, según proceda, un mayor apoyo científico y logístico en especie o financiero a la Secretaría de la OMS para poder redoblar los esfuerzos nacionales, subregionales, regionales y mundiales en materia de mitigación de la exposición al plomo y la adaptación a esta exposición y de fortalecimiento de los sistemas de salud para hacer frente a los problemas de salud relacionados con la exposición al plomo;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros, los organismos especializados pertinentes de las Naciones Unidas y otras partes interesadas pertinentes, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, un plan de acción mundial sobre la mitigación de la exposición al plomo, que debería incluir el examen de medidas para adaptar los sistemas de salud de modo que puedan hacer frente a los problemas de salud relacionados con la exposición al plomo, con miras a fortalecer la respuesta del sector de la salud mundial a esta exposición, de conformidad con las «áreas de acción» interrelacionadas enunciadas en la Hoja de Ruta de la OMS sobre los Productos Químicos;
- 2) fortalecer y mejorar el papel de la OMS en las iniciativas encaminadas a reducir la exposición al plomo a nivel nacional, subregional, regional y mundial, en particular mediante la formulación de orientaciones normativas basadas en la evidencia, la prestación de apoyo técnico específico, el fortalecimiento de las redes existentes de centros de toxicología y centros colaboradores de la OMS y la puesta en marcha de campañas de comunicación, como la Semana Internacional de la OMS de la Prevención de la Intoxicación por Plomo;
- 3) apoyar el fortalecimiento de la capacidad a todos los niveles para generar datos oportunos, creíbles y debidamente desglosados sobre todas las fuentes de exposición al plomo, incluidos los desechos, y sobre sus efectos, a fin de realizar un análisis y una medición adecuados de los progresos logrados por los Estados Miembros en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible pertinentes;
- 4) fomentar la investigación científica e interdisciplinar para orientar soluciones innovadoras encaminadas a prevenir los efectos en la salud de la exposición al plomo y la contaminación conexa;
- 5) apoyar a los Estados Miembros en la tarea de fortalecer el liderazgo del sector de la salud y su coordinación con las iniciativas internacionales en la esfera de la mitigación de la exposición al plomo;
- 6) presentar el proyecto de plan de acción mundial sobre la mitigación de la exposición al plomo a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2027, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 160.ª reunión, y presentar posteriormente un informe sobre los progresos realizados a la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2029 y a la 84.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2031.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA78.28 Efectos de la guerra nuclear en la salud pública¹³⁷

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹³⁸

Reafirmando el principio consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de que la salud de todos los pueblos es condición fundamental para lograr la paz y la seguridad;

Tomando nota de las resoluciones 34/58 (1979), 38/188 J (1983) y 40/10 (1985) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y también de las resoluciones WHA34.38 (1981), WHA36.28 (1983) y WHA77.9 (2024), en las cuales se hace hincapié en la estrecha relación recíproca que existe entre la salud y la preservación y promoción de la paz;

Tomando nota asimismo del informe de 1983 sobre los efectos de la guerra nuclear en la salud y los servicios de salud que preparó el Comité Internacional de Expertos en Ciencias Médicas y Salud Pública establecido por el Director General en cumplimiento de la resolución WHA34.38, del segundo informe de 1987 sobre el mismo tema preparado por el Grupo de Gestión de la OMS sobre el Seguimiento de la Resolución WHA36.28, y del informe de 1993 titulado *Efectos de las armas nucleares en la salud y el medio ambiente* preparado por el Director General de conformidad con la resolución WHA46.40;

Recordando el objetivo último de eliminar por completo las armas nucleares y que la eliminación de las armas nucleares es una prioridad fundamental para la paz y la seguridad internacionales;

Observando que, en la Cumbre del Futuro de las Naciones Unidas celebrada el 22 de septiembre de 2024, los Estados Miembros expresaron preocupación sobre el riesgo creciente de guerra nuclear, que podría suponer una amenaza existencial para la humanidad, y una profunda preocupación por la situación del desarme nuclear, renovaron su compromiso con el objetivo de eliminar por completo las armas nucleares y se comprometieron a fortalecer la arquitectura de desarme y no proliferación, y a trabajar para impedir toda erosión de las normas internacionales vigentes y adoptar todas las medidas posibles para evitar una guerra nuclear;

Tomando nota de la resolución 79/238 (2024) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre efectos de la guerra nuclear e investigación científica, en la cual la Asamblea General pide al Secretario General de las Naciones Unidas que establezca un Panel Científico sobre los Efectos de la Guerra Nuclear, de carácter independiente, para que analice esos efectos, y exhorta al sistema de las Naciones Unidas y a los organismos competentes, entre ellos la OMS, a que apoyen la labor del Panel aportando conocimientos especializados, estudios encargados por dicho Panel, datos y artículos científicos,

¹³⁷ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta resolución.

¹³⁸ Documento A78/4.

1. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) actualizar los informes de la OMS titulados *Efectos de la guerra nuclear en la salud y los servicios de salud* (1983 y 1987) y el informe titulado *Efectos de las armas nucleares en la salud y el medio ambiente* (1993) y, que, a tal efecto, reúna y analice los estudios existentes en relación con el tema;
- 2) cooperar a tal fin, según proceda, con las partes interesadas pertinentes, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales cuando este sea aplicable, y con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales, de conformidad con sus respectivos mandatos;
- 3) informar sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2029.

2. ALIENTA a los Estados Miembros a que, con arreglo al contexto y los ordenamientos jurídicos nacionales, secunden la labor del Director General.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 -
Comisión B, cuarto informe)

Decisiones

WHA78(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Camboya, Chad, Fiji, Georgia, Honduras, Irlanda, Malawi, Maldivas, Mauritania, Perú, Qatar y Turkmenistán.

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2025)

WHA78(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes siguientes:

Presidente:	Dr. Teodoro Herbosa (Filipinas)
Vicepresidentes:	Profesor Dr. Md. Sayedur Rahman (Bangladesh) Sr. Jaime Hernán Urrego Rodríguez (Colombia) Dra. Louise Mapleh Kpoto (Liberia) Dra. Judit Bidló (Hungría) Dra. Jalila bint Al Sayyed Jawad Hassan (Bahrein)

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2025)

WHA78(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió a las siguientes personas para ocupar la presidencia de las comisiones principales:

Comisión A:	Presidencia	Dra. Esperance Luvindao (Namibia)
Comisión B:	Presidencia	Sra. Katarzyna Drążek-Laskowska (Polonia)

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2025)

Las comisiones principales eligieron después a las siguientes personas para ocupar la vicepresidencia y la relatoría de esas comisiones:

Comisión A:	Vicepresidencia	Dr. Salih Al Hasnawi (Iraq) Sr. Raynold B. Oilouch (Palau)
	Relatoría	Sra. Christy Butler (Bahamas)

Comisión B: Vicepresidencia

Dra. Reina Roa (Panamá)
Sr. Narciso Fernandes (Timor-Leste)

Relatoría

Dr. Abdulrahman Alqashan (Kuwait)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B
19 y 21 de mayo de 2025, respectivamente)

WHA78(4) Establecimiento de la Mesa de la Asamblea

La 78.^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, Bhután, Camerún, China, Cuba, Dinamarca, Ecuador, Etiopía, Francia, Gambia, Liberia, Libia, Malasia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Sudán, Tayikistán y Uruguay.

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2025)

WHA78(5) Adopción del orden del día

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 156.^a reunión, tras suprimir dos puntos y dos subpuntos y excluir un punto suplementario.

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2025)

WHA78(6) Verificación de credenciales

La 78.^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 se ajustaban a lo prescrito en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: Albania, Alemania, Andorra, Angola, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Argelia, 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, 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, Islas Salomón, 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,

¹ Documento A78/43.

República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rumanía, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Samoa, San Marino, Santa Lucía, Santo Tomé y Príncipe, San Vicente y las Granadinas, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, 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 y Zimbabwe.

(Quinta sesión plenaria, 21 de mayo de 2025)

WHA78(7) Elección de Miembros con derecho a designar a una persona para que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 78.^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: Arabia Saudita, Cabo Verde, Egipto, El Salvador, España, Haití, Islas Salomón, Japón, Nepal, Panamá, República Centroafricana y Serbia.

(Sexta sesión plenaria, 23 de mayo de 2025)

WHA78(8) Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS²

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de los Presidentes del Comité de Programa, Presupuesto y Administración y del Consejo Ejecutivo,³ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁴

Decidió:

- 1) adoptar el proceso de tramitación e investigación de denuncias contra los Directores Generales de la OMS propuesto en el apéndice A del documento A78/5,⁵ en su forma enmendada con arreglo a la recomendación del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en su informe presentado a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud;⁴
- 2) solicitar a la Secretaría que adopte medidas para hacer efectivo el proceso y que ayude en su aplicación, entre ellas:
 - a) concertar memorandos de entendimiento con las oficinas de supervisión interna de entidades de las Naciones Unidas, como las funciones de investigación interna de otros organismos especializados de las Naciones Unidas o la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de las Naciones Unidas, para que actúen como entidades de investigación externas independientes;

² Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

³ Documento A78/5.

⁴ Documento A78/39.

⁵ Véase el anexo 3.

- b) elaborar instrumentos, procedimientos y procesos internos, según sea necesario, y de conformidad con el capítulo D del apéndice A del documento A78/5, disposiciones específicas del proceso de tramitación e investigación de denuncias contra los Directores Generales de la OMS;
 - c) informar sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en su 43.ª reunión;
- 3) pedir al Consejo Ejecutivo que incluya una referencia al proceso, según proceda, en los futuros contratos de los Directores Generales de la OMS, que posteriormente serán aprobados por la Asamblea de la Salud de conformidad con los artículos 109 y 112 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025–
Comisión A, segundo informe)

WHA78(9) Notificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a Palestina⁶

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General;⁷ recordando la resolución WHA77.15 (2024) sobre la armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud con su participación en las Naciones Unidas; reafirmando la importancia de la observancia universal al Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la seguridad sanitaria en el mundo, y recordando a este respecto el párrafo 3 del artículo 3 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), según el cual «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»; tomando nota de que el artículo 64 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se refiere expresamente a los Estados que no son Miembros de la OMS, y establece que los Estados que no son Miembros de la OMS pueden pasar a ser partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en virtud de lo dispuesto en el propio artículo, y observando además que la condición de Estado Parte de conformidad con el artículo 64 no afecta a su participación como Estado observador y no constituye la condición de Estado Miembro de la OMS,

Decidió pedir al Director General que tuviera a bien:

- 1) notificar al Estado observador de Palestina la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su forma enmendada por las resoluciones WHA67.13 (2014), WHA75.12 (2022) y WHA77.17 (2024), de conformidad con el párrafo 1 del artículo 64 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 2) adoptar todas las medidas adicionales que fueran necesarias en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) como consecuencia de la mencionada notificación.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, tercer informe)

⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

⁷ Documento A78/11.

WHA78(10) Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia⁸

La 78.^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);⁹ 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 continuada de la Federación de Rusia contra Ucrania, que supone una grave amenaza para la seguridad sanitaria pública mundial; reconociendo la labor esencial 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; reconociendo también los esfuerzos en curso relacionados con la recuperación del sistema de atención de salud en Ucrania, incluidos los esfuerzos respaldados por la OMS, otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, instituciones financieras internacionales, así como desde el ámbito nacional y privado; reconociendo que una recuperación integral y sostenible del sector de la salud de Ucrania requerirá apoyo internacional para seguir restaurando, reformando y fortaleciendo el sistema de salud a largo plazo, con inversiones en la reconstrucción de la infraestructura médica, el suministro de equipo y medicamentos esenciales y la mejora de los servicios de apoyo psicosocial y para la salud mental de la población afectada,

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, incluidos niños, e infraestructuras civiles críticas, que han causado numerosas víctimas y han obstaculizado el acceso a los servicios de 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;

⁸ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

⁹ Documento A78/14.

- 3) poner de relieve que la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania sigue constituyendo 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 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 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 al derecho internacional 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) reconocer la necesidad urgente de reconstruir el sistema de salud de Ucrania, así como de elaborar y aplicar estrategias a largo plazo para tal fin, en particular para programas de apoyo psicosocial y para la salud mental, servicios de rehabilitación para las víctimas de la guerra, medidas reforzadas de prevención y control de enfermedades y contra la resistencia a los antimicrobianos; y exhortar a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, los donantes y los asociados a que apoyen las iniciativas destinadas a reconstruir las infraestructuras de salud, garantizar la formación y la fidelización del personal médico y mejorar los servicios de salud, en particular en las regiones afectadas por la guerra;
- 9) 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) siga colaborando con el Gobierno de Ucrania, las organizaciones internacionales y los asociados para facilitar y coordinar los esfuerzos dirigidos a restaurar y fortalecer el

sistema de atención de la salud de Ucrania, incluidos los esfuerzos dirigidos a reconstruir los establecimientos médicos y capacitar al personal de atención de salud;

c) presente a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.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, con inclusión de información sobre su efecto adverso en el cumplimiento del objetivo y las funciones de la OMS.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, tercer informe)

WHA78(11) Un informe específico sobre salud mental para los órganos deliberantes de la OMS¹⁰

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹¹ habiendo reconocido la preocupación y la atención crecientes de los Estados Miembros en relación con la salud mental como prioridad de salud pública, como demuestra la decisión WHA74(14) (2021) sobre la preparación en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19 y respuesta conexas, así como la resolución WHA77.3 (2024) sobre el 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; reconociendo las preferencias expresadas por numerosos Estados Miembros de dar suficiente espacio a los Estados Miembros para planificar, debatir y evaluar la labor de la Secretaría y de los Estados Miembros en materia de salud mental; reconociendo asimismo el marco ampliado de la OMS para abordar las enfermedades no transmisibles, incluida la salud mental, que integra estrategias de prevención, detección temprana, tratamiento y control adaptadas a estas áreas prioritarias, lo que fomenta una respuesta más integral y sostenible a las enfermedades no transmisibles a nivel mundial;¹²

Decidió pedir al Director General que presente anualmente un informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la decisión y las resoluciones sobre salud mental,¹³ por separado de la presentación de informes consolidados sobre las enfermedades no transmisibles exigida en la decisión WHA72(11) (2019).

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, cuarto informe)

¹⁰ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

¹¹ Documento A78/4.

¹² Documento A75/10 Add.8; véase también el documento WHA75/2022/REC/3, actas resumidas de la Comisión A, primera sesión, sección 3, quinta sesión, sección 2 y sexta sesión.

¹³ Resoluciones WHA66.8 (2013) y WHA77.3 (2024) y decisión WHA74(14) (2021).

WHA78(12) Productos médicos de calidad subestándar y falsificados

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,¹⁴ en particular las disposiciones relativas a la evaluación independiente del Mecanismo de Estados Miembros sobre Productos Médicos de Calidad Subestándar y Falsificados,

Decidió pedir al Director General que presente el informe de la 14.ª reunión del Mecanismo de Estados Miembros a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, sexto informe)

WHA78(13) Informe provisional del Grupo Consultivo de Expertos Encargado de Examinar la Pertinencia y Eficacia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,¹⁴ y el informe provisional del Grupo Consultivo de Expertos Encargado de Examinar la Pertinencia y Eficacia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud,¹⁵

Decidió pedir al Director General que facilite consultas regionales con los Estados Miembros para examinar el informe provisional del Grupo Consultivo de Expertos Encargado de Examinar la Pertinencia y Eficacia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud antes de que esté finalizado y se presente a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, sexto informe)

WHA78(14) Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2025-2034¹⁶

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,¹⁴

Decidió:

- 1) adoptar la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2025-2034;¹⁷

¹⁴ Documento A78/4.

¹⁵ Documentos EB156/14, anexo, y A78/4, apéndice.

¹⁶ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

¹⁷ Véase *Global traditional medicine strategy 2025-2034*. Geneva: World Health Organization; 2025 (consultado el 14 de enero de 2026).

- 2) pedir al Director General que presente un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2025-2034 a la 83.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2030 y a la 87.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2034.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, sexto informe)

WHA78(15) Resistencia a los antimicrobianos¹⁸

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,¹⁹

Decidió pedir al Director General que actualice el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes y en colaboración con la Alianza Cuatripartita, y que lo presente a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión A, séptimo informe)

WHA78(16) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹⁸

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General solicitado en la decisión WHA77(18) (2024),²⁰

Decidió pedir al Director General que tuviera a bien:

- 1) informar a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, basándose en el monitoreo y la evaluación sobre el terreno realizados por la OMS, acerca de los progresos realizados en la aplicación de 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,²⁰ teniendo en cuenta la obligación jurídica de la potencia ocupante;
- 2) informar, basándose en el monitoreo 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 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 su equipo, y presentar recomendaciones al respecto a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión y a la octava reunión del Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias, teniendo presentes las obligaciones jurídicas de la potencia ocupante;

¹⁸ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

¹⁹ Documento A78/8.

²⁰ Documento A78/16.

- 3) informar sobre la malnutrición debida a 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 granjas, 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 alimentario, y 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, respetando y protegiendo al mismo tiempo al personal y los envíos humanitarios utilizados en las operaciones de socorro humanitario;
- 5) informar sobre la interconexión entre el sector de la salud y otros sectores, como los del agua y el saneamiento y la nutrición, el intenso hacinamiento de la población civil que se encuentra en situación de desplazamiento interno forzado en refugios, junto con las condiciones de salud que se ven perturbadas y la necesidad de un enfoque integral con respecto a la asistencia humanitaria, recalcando 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 subrayando que el acceso a alimentos, a agua no contaminada y a instalaciones de saneamiento es crucial para mantener la salud pública;
- 6) apoyar al sector de la salud palestino adoptando un enfoque orientado a fortalecer el sistema de salud, en particular mediante programas de creación de capacidad con la mejora de las infraestructuras básicas, 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 hacer frente y superar los problemas estructurales derivados de la ocupación prolongada, la destrucción arbitraria del sistema de salud palestino y el desplazamiento forzado de civiles y la elaboración de planes estratégicos de inversión que permitan desarrollar las capacidades locales de diagnóstico y tratamiento;
- 7) informar sobre la destrucción arbitraria de establecimientos de salud, incluidos 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 la mayor medida de lo posible con arreglo a 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 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 asistencia de emergencia y protección, de manera integradora y sostenida, antes, durante y después de las operaciones militares aéreas, terrestres y marítimas 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, el UNICEF y los asociados que trabajan en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, a fin de mejorar las capacidades de respuesta de salud, mediante la realización de un inventario y un cribado extensos y exhaustivos de la capacidad del sistema de salud para responder a las emergencias sanitarias de manera suficiente y adecuada, incluido 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 con 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, en cumplimiento del derecho internacional y de las normas y criterios de la OMS;

- 16) garantizar un paso sostenido, ordenado, irrestricto, seguro y sin trabas del personal de salud y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, su equipo, medios de transporte y suministros, incluido el material quirúrgico, para que puedan ayudar a todos los pacientes palestinos en situación de necesidad, de conformidad con el derecho internacional humanitario; y hacer un llamado para que se permita el paso de las ambulancias y las evacuaciones médicas de pacientes lesionados y enfermos en estado crítico y del 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 resultados 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 lesionadas, 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 que sufren cualquier otra forma de privación de libertad, como la desaparición forzada y velar por su acceso a tratamiento médico, en cumplimiento de lo dispuesto en 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 los donantes, antes de la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026, con el fin de financiar 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, 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 la liberación incondicional de todas las personas palestinas detenidas arbitrariamente en Israel y víctimas de desapariciones forzadas, así como el acceso humanitario inmediato a los rehenes y detenidos, de conformidad con el derecho internacional;
- 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 esta 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.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, primer informe)

WHA78(17) Informes programático y financiero de la OMS para 2024-2025, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2024

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el Informe sobre los resultados de 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño)²¹ y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024,²² y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,²³

Decidió aceptar el Informe sobre los resultados de 2024 (Presupuesto por programas 2024-2025: evaluación del desempeño) y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2024.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, segundo informe)

WHA78(18) Suspensión parcial y temporal del párrafo 8.2 del artículo VIII del Reglamento Financiero

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado los informes sobre la financiación y ejecución del Presupuesto por programas 2024-2025;²⁴ y tras tomar nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,²³

Decidió suspender parcialmente el párrafo 8.2 del artículo VIII del Reglamento Financiero, con carácter temporal, en la medida en que sea necesario a fin de que los saldos de los fondos para gastos de apoyo a los programas puedan utilizarse para reembolsar gastos que superen los costos indirectos hasta un monto máximo de USD 410 millones, con miras a cubrir los costos en concepto de indemnizaciones y los salarios necesarios para asegurar la sostenibilidad financiera de la Organización, y que esta suspensión esté vigente hasta el final del segundo trimestre de 2026.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, segundo informe)

²¹ Documento A78/17.

²² Documento A78/18.

²³ Documento A78/36.

²⁴ Documentos A78/17, A78/18, A78/INF./3, A78/19, A78/20 y A78/INF./4.

WHA78(19) Informe del Comisario de Cuentas

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud;²⁵ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud,²⁶

Decidió aceptar el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, segundo informe)

WHA78(20) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,²⁷

Decidió:

- 1) volver a nombrar al Sr. Gerald Anderson, de la delegación de los Estados Unidos de América, como miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato parcial, hasta el 31 diciembre de 2025;
- 2) nombrar al Sr. Erik Blas, de la delegación de Dinamarca, como suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, hasta la clausura de la 81.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2028;
- 3) nombrar a la Dra. Djamila Cavaleiro Príncipe, de la delegación de Angola, como suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, hasta la clausura de la 81.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2028;
- 4) nombrar al Sr. Tshering Nidup, de la delegación de Bhután, como miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por el resto de su mandato, hasta la clausura de la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2026.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, segundo informe)

²⁵ Documento A78/25.

²⁶ Documento A78/40.

²⁷ Documento A78/30.

WHA78(21) Prórroga de las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025 hasta 2030²⁸

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²⁹

Decidió:

- 1) prorrogar las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025 hasta 2030;
- 2) pedir al Director General que informe a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión, de forma integrada con la presentación de informes sobre la aplicación de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, tercer informe)

WHA78(22) Prórroga de la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 hasta 2027²⁸

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²⁹

Decidió pedir al Director General que tenga a bien:

- 1) prorrogar la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 hasta 2027;
- 2) elaborar, orientado por la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 y en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas, un proyecto de estrategia mundial sobre salud digital para el periodo 2028-2033 para someterlo a la consideración de la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 160.^a reunión.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, tercer informe)

²⁸ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

²⁹ Documento A78/4.

WHA78(23) Prórroga del Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025 hasta 2031³⁰

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,³¹

Decidió pedir al Director General que tenga a bien:

- 1) prorrogar el Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025 hasta 2031, para armonizarlo con el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031;
- 2) presentar a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, y a la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2029, un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión, en el marco de la presentación de informes acerca del Plan de Acción Integral de la OMS sobre Salud Mental 2013-2030.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, tercer informe)

WHA78(24) Reglamento Sanitario Internacional (2005): procedimiento para corregir errores en el texto del instrumento³⁰

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,³¹

Decidió:

- 1) adoptar el procedimiento de corrección para subsanar los errores detectados en el texto del Reglamento Sanitario Internacional (2005), tal como figura en el informe pertinente del Director General;³²
- 2) pedir al Director General que inicie el procedimiento de corrección adoptado en virtud de la presente decisión lo antes posible tras la clausura de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud con respecto a las correcciones presentadas en el documento de información pertinente.³³

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, tercer informe)

³⁰ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

³¹ Documento A78/4.

³² Documento EB156/40.

³³ Documento A78/INF./5, anexos 1 a 5.

WHA78(25) Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,³⁴

Decidió pedir al Consejo Ejecutivo que, en su 158.^a reunión, examine las cuestiones abordadas en el informe del Director General y que presente a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2026, un informe al respecto, según proceda.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, cuarto informe)

WHA78(26) Actualización de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud³⁵

La 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,³⁶

Decidió:

- 1) adoptar la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud;³⁷
- 2) pedir al Director General que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud a la 83.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2030.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, cuarto informe)

³⁴ Documento A78/33 Add.1.

³⁵ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

³⁶ Documento A78/4.

³⁷ Véase la [Actualización de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la Salud](#) (consultado el 14 de enero de 2026).

WHA78(27) Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud (2025-2028)³⁸

La 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,³⁹

Decidió:

- 1) adoptar el Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud (2025-2028);⁴⁰
- 2) pedir al Director General que presente un informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud (2025-2028) a la 80.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2027, y a la 82.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2029.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2025 –
Comisión B, quinto informe)

³⁸ Véanse en el anexo 5 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de esta decisión.

³⁹ Documento A78/4.

⁴⁰ Véase el [Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud](#) (consultado el 14 de enero de 2026).

Anexos

Anexo 1

Acuerdo de la OMS sobre Pandemias¹

20 de mayo de 2025

¹ Véase la resolución WHA78.1.

Índice

Capítulo I.	Introducción	10130
Artículo 1	Términos empleados	10
Artículo 1	Términos empleados	130
Artículo 2	Objetivo	12
Artículo 3	Principios y enfoques.....	12
Capítulo II.	El mundo unido con equidad: lograr la equidad en, para y a través de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	12
Artículo 4	Prevención y vigilancia de pandemias	12
Artículo 5	Enfoque de «Una sola salud» para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	15
Artículo 6	Preparación, disposición operativa y resiliencia de los sistemas de salud	15
Artículo 7	Trabajadores de la salud y asistenciales	16
Artículo 8	Fortalecimiento de los sistemas de reglamentación	17
Artículo 9	Investigación y desarrollo	19
Artículo 10	Producción local sostenible y diversificada geográficamente	20
Artículo 11	Transferencia de tecnología y cooperación sobre el saber hacer conexo para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias	21
Artículo 12	Sistema de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios	23
Artículo 13	Cadena de suministro y logística	26
Artículo 14	Adquisición y distribución.....	27
Artículo 15	Enfoques que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad	28
Artículo 16	Comunicación y concienciación del público	29
Artículo 17	Cooperación internacional y apoyo a la aplicación	30
Artículo 18	Financiación sostenible	30
Capítulo III.	Mecanismos institucionales y disposiciones finales	32
Artículo 19	Conferencia de las Partes	32
Artículo 20	Derecho de voto	33
Artículo 21	Presentación de informes a la Conferencia de las Partes.....	33
Artículo 22	Secretaría.....	34
Artículo 23	Arreglo de controversias	34
Artículo 24	Relación con otros acuerdos internacionales.....	34
Artículo 25	Reservas.....	35
Artículo 26	Declaraciones y manifestaciones	35
Artículo 27	Enmiendas	35
Artículo 28	Anexos	36
Artículo 29	Protocolos.....	36
Artículo 30	Denuncia.....	37
Artículo 31	Firma.....	37
Artículo 32	Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión	37
Artículo 33	Entrada en vigor	38
Artículo 34	Depositario	38
	Objetivo	132
Artículo 3	Principios y enfoques.....	132
Capítulo II.	El mundo unido con equidad: lograr la equidad en, para y a través de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	133

Artículo 4	Prevención y vigilancia de pandemias	133
Artículo 5	Enfoque de «Una sola salud» para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	135
Artículo 6	Preparación, disposición operativa y resiliencia de los sistemas de salud	136
Artículo 7	Trabajadores de la salud y asistenciales	137
Artículo 8	Fortalecimiento de los sistemas de reglamentación	138
Artículo 9	Investigación y desarrollo	139
Artículo 10	Producción local sostenible y diversificada geográficamente	140
Artículo 11	Transferencia de tecnología y cooperación sobre el saber hacer conexo para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias	142
Artículo 12	Sistema de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios	143
Artículo 13	Cadena de suministro y logística	146
Artículo 14	Adquisición y distribución	148
Artículo 15	Enfoques que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad	149
Artículo 16	Comunicación y concienciación del público	149
Artículo 17	Cooperación internacional y apoyo a la aplicación	150
Artículo 18	Financiación sostenible	150
Capítulo III.	Mecanismos institucionales y disposiciones finales	152
Artículo 19	Conferencia de las Partes	152
Artículo 20	Derecho de voto	153
Artículo 21	Presentación de informes a la Conferencia de las Partes	153
Artículo 22	Secretaría	154
Artículo 23	Arreglo de controversias	154
Artículo 24	Relación con otros acuerdos internacionales	155
Artículo 25	Reservas	155
Artículo 26	Declaraciones y manifestaciones	155
Artículo 27	Enmiendas	155
Artículo 28	Anexos	156
Artículo 29	Protocolos	156
Artículo 30	Denuncia	157
Artículo 31	Firma	157
Artículo 32	Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión	158
Artículo 33	Entrada en vigor	158
Artículo 34	Depositario	159
Artículo 35	Textos auténticos	15938

Las Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias,

Reconociendo que los Estados son los principales responsables de la salud y el bienestar de sus pueblos y que los Estados son fundamentales para fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias,

Reconociendo que las diferencias en los niveles de desarrollo de las Partes dan lugar a diferentes capacidades y medios para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y reconociendo que el desarrollo desigual en los distintos países en cuanto a la promoción de la salud y el control de las enfermedades, especialmente las enfermedades transmisibles, constituye un peligro común que requiere apoyo a través de la cooperación internacional, en particular el apoyo de los países con mayores capacidades y recursos, así como recursos financieros, humanos, logísticos, tecnológicos, técnicos y de salud digital previsibles, sostenibles y suficientes,

Reconociendo que la Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de las actividades internacionales de salud, en particular en relación con la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias,

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se declara 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 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y la Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción y el Almacenamiento de Armas Bacteriológicas (Biológicas) y Toxínicas y sobre Su Destrucción, por ser pertinentes en el contexto de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias,

Reconociendo que la propagación internacional de enfermedades es una amenaza mundial con graves consecuencias para las vidas humanas, los medios de subsistencia, las sociedades y las economías que requiere la colaboración, cooperación y solidaridad internacionales y regionales más amplias posibles con todos los pueblos y países, especialmente los países en desarrollo, y en particular los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, con el fin de garantizar una respuesta internacional eficaz, coordinada, adecuada, integral y equitativa, sin dejar de reafirmar al mismo tiempo el principio de la soberanía de los Estados para abordar asuntos de salud pública,

Profundamente preocupadas por las inequidades a escala nacional e internacional que dificultaron el acceso oportuno y equitativo a productos de salud para hacer frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y reconociendo la necesidad de abordar las graves deficiencias a escala nacional, regional y mundial en la prevención, preparación, respuesta y recuperación de los sistemas de salud para las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas,

Reconociendo la necesidad de actuar con determinación tanto para reforzar la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias como para mejorar el acceso equitativo a los productos de salud relacionados con las pandemias, así como la importancia de abstenerse de adoptar medidas que afecten negativamente a la prevención, preparación y respuesta, respetando al mismo tiempo los derechos de los Estados a aplicar medidas sanitarias de conformidad con su legislación nacional pertinente y sus obligaciones en virtud del derecho internacional, y recordando la decisión SSA2(5) de 2021 de la Asamblea Mundial de la Salud,

Reconociendo la función crucial de los enfoques que abarcan a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad a escala nacional y comunitaria a través de una amplia participación social, y reconociendo además el valor y la diversidad de la cultura y el conocimiento tradicional de los Pueblos Indígenas y las comunidades locales, en la medicina tradicional, para el fortalecimiento de la prevención, preparación, respuesta y recuperación de los sistemas de salud frente a pandemias,

Reconociendo la importancia de garantizar el compromiso político, la dotación de recursos y la acción a través de colaboraciones multisectoriales para la prevención, preparación, respuesta y recuperación de los sistemas de salud frente a pandemias,

Reafirmando la importancia de la colaboración multisectorial a escala nacional, regional e internacional para salvaguardar la salud humana,

Reconociendo la importancia del acceso rápido y sin trabas del socorro humanitario de conformidad con el derecho nacional e internacional, según proceda, incluidos el derecho internacional humanitario aplicable y el derecho internacional de los derechos humanos aplicable,

Reiterando la necesidad de trabajar en pos de la creación y el fortalecimiento de sistemas de salud resilientes con un número adecuado de trabajadores de la salud y asistenciales competentes, formados y protegidos para responder a las pandemias, de promover el logro de la cobertura universal de salud, en particular a través de un enfoque de atención primaria de salud; y la necesidad de adoptar un enfoque equitativo para mitigar el riesgo de que las pandemias agraven las inequidades existentes en el acceso a los servicios de atención de salud y a los productos de salud,

Reconociendo la importancia de generar confianza y garantizar el intercambio oportuno de información para prevenir la información errónea, la desinformación y la estigmatización,

Reconociendo que la protección de la propiedad intelectual es importante para el desarrollo de nuevos medicamentos y *reconociendo* las preocupaciones sobre sus efectos en los precios, y *recordando* que el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) no impide ni debería impedir que los Estados Miembros adopten medidas para proteger la salud pública, y ofrece flexibilidad para proteger la salud pública, según se reconoce en la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública,

Destacando la necesidad de mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, entre otras cosas mediante la creación de capacidad de producción local, especialmente en los países en desarrollo, la transferencia de tecnología en condiciones mutuamente acordadas,¹ la cooperación, el fortalecimiento de los marcos jurídicos y regulatorios y otras iniciativas,

¹ Véase la nota a pie de página 8.

Subrayando que la prevención, preparación, respuesta y recuperación adecuadas de los sistemas de salud frente a pandemias forman parte de un proceso continuo para combatir otras emergencias sanitarias y lograr una mayor equidad en materia de salud mediante una acción decidida sobre los determinantes sociales, ambientales, culturales, políticos y económicos de la salud, y

Reconociendo la importancia y las consecuencias para la salud pública de amenazas crecientes como el cambio climático, la pobreza y el hambre, los entornos frágiles y vulnerables, la debilidad de la atención primaria de salud y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos,

Han acordado lo siguiente:

Capítulo I. Introducción

Artículo 1. Términos empleados

A los efectos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias:

- a) «entornos humanitarios» son aquellos en los que un evento o serie de eventos, como conflictos armados, desastres naturales u otras emergencias, han dado lugar a una amenaza crítica para la vida, la salud, la seguridad, la protección o el bienestar de una comunidad u otro grupo grande de personas que necesiten asistencia humanitaria. Todo ello sin perjuicio de los derechos y obligaciones derivados del derecho internacional humanitario aplicable;
- b) «enfoque de ‘Una sola salud’» para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias es un enfoque en el que se reconoce que la salud de los seres humanos guarda una estrecha vinculación e interdependencia con la salud de los animales domésticos y silvestres, así como de las plantas y del medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas), con el objetivo de lograr un equilibrio sostenible, y en el que se utiliza un planteamiento integrado multisectorial y transdisciplinario de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias que contribuye al desarrollo sostenible de forma equitativa;
- c) «emergencia pandémica» es 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 todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad;²
- d) «productos de salud relacionados con las pandemias» son aquellos productos de salud pertinentes³ que pueden ser necesarios para la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias pandémicas;
- e) «Parte» es un Estado u organización de integración económica regional que ha consentido en obligarse por el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, de conformidad con sus disposiciones, y en el cual o la cual el presente Acuerdo está en vigor;
- f) «personas en situaciones de vulnerabilidad» se dice de los individuos, incluidas las personas de grupos o de comunidades o en entornos de emergencia y/o humanitarios, que están expuestos a un riesgo desproporcionadamente mayor de infección, morbilidad o mortalidad, así como de quienes son susceptibles de soportar una carga desproporcionada debido a los determinantes sociales de la salud en el contexto de una emergencia de salud pública de importancia internacional, incluida una emergencia pandémica;
- g) «emergencia de salud pública de importancia internacional» es un evento extraordinario que 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;⁴³
- h) «riesgo para la salud pública» es la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar negativamente 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;⁴
- i) «partes interesadas pertinentes» en el contexto de su colaboración con la Organización Mundial de la Salud se entiende con arreglo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y a los principios, normas y criterios de la Organización Mundial de la Salud;
- j) «organización de integración económica regional» es una organización integrada por varios Estados soberanos y a la que sus Estados Miembros han traspasado competencia respecto de una diversidad de asuntos, incluida la facultad de adoptar decisiones vinculantes para sus Estados Miembros en relación con dichos asuntos;⁵ y

² Con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Conferencia de las Partes examinará cualesquiera otras enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) que modifiquen este término, con el objetivo de garantizar la coherencia en el uso de términos entre Reglamento Sanitario Internacional y el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.

³ Véase la nota a pie de página 2.

⁴ Véase la nota a pie de página 2.

⁵ Cuando proceda, el término «nacional» se referirá igualmente a las organizaciones de integración económica regional.

k) «cobertura universal de salud» significa que todas las personas tienen acceso a todo el abanico de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades financieras. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de la vida.

Artículo 2. Objetivo

1. El objetivo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, que se guía por la equidad y los principios enunciados más adelante en el presente documento, es la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.
2. En cumplimiento de este objetivo, las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias se aplican tanto durante las pandemias como en los periodos entre pandemias, salvo que se indique lo contrario.

Artículo 3. Principios y enfoques

Para lograr el objetivo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y aplicar sus disposiciones, las Partes se guiarán, entre otras cosas, por lo siguiente:

1. el derecho soberano de los Estados, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, a legislar y aplicar legislación dentro de su jurisdicción;
2. el pleno respeto de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas, incluido el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr para todo ser humano, así como el derecho al desarrollo y el pleno respeto de la no discriminación, la igualdad de género y la protección de las personas en situaciones de vulnerabilidad;
3. el pleno respeto del derecho internacional humanitario en lo que concierne a la prevención, la preparación y la respuesta eficaces frente a pandemias;
4. la equidad en tanto que objetivo, principio y resultado de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, esforzándose en este contexto por eliminar las diferencias injustas, evitables o corregibles entre individuos, comunidades y países;
5. la solidaridad con todas las personas y países en el contexto de las emergencias sanitarias, así como la inclusión, la transparencia y la rendición de cuentas, para lograr el interés común de un mundo más equitativo y mejor preparado para la prevención, respuesta y recuperación frente a pandemias, teniendo en cuenta los diferentes niveles de capacidades y medios, en particular de los países en desarrollo, incluidos los países en desarrollo sin litoral, así como las circunstancias especiales de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países menos adelantados, en relación con la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias; y
6. la mejor ciencia y evidencia disponibles como base de las decisiones sobre salud pública para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

Capítulo II. El mundo unido con equidad: lograr la equidad en, para y a través de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias

Artículo 4. Prevención y vigilancia de pandemias

1. Las Partes adoptarán medidas a través de la colaboración internacional, en entornos bilaterales, regionales y multilaterales, para fortalecer progresivamente las medidas y capacidades de prevención y vigilancia de pandemias, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y teniendo en cuenta las capacidades nacionales y las circunstancias nacionales y regionales.

2. Cada Parte fortalecerá progresivamente las medidas y capacidades de prevención frente a pandemias y de vigilancia coordinada multisectorial, teniendo en cuenta sus circunstancias nacionales. A este respecto, cada Parte, de conformidad con su legislación nacional y/o interna y el derecho internacional aplicable, y con sujeción a la disponibilidad de recursos, elaborará o fortalecerá y aplicará planes,⁶ programas y/u otras medidas nacionales integrales y multisectoriales de prevención y vigilancia de pandemias que sean coherentes con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y tengan en cuenta sus prioridades de salud pública y las normas y directrices internacionales pertinentes, y que abarquen, entre otras cosas:

- a) la prevención de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, tomando medidas para promover la colaboración en los distintos sectores pertinentes a fin de determinar y abordar los factores que favorecen las enfermedades infecciosas en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente, con miras a la prevención temprana de pandemias;
- b) la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas entre los animales y los seres humanos, incluido, entre otras cosas, el salto de enfermedades zoonóticas, tomando medidas para detectar y reducir los riesgos de pandemia asociados a las interacciones entre los seres humanos y los animales, y los entornos pertinentes, así como medidas destinadas a la prevención en origen, reconociendo al mismo tiempo la importancia de salvaguardar los medios de subsistencia y la seguridad alimentaria de las comunidades;
- c) la vigilancia coordinada multisectorial para detectar patógenos emergentes o reemergentes con potencial pandémico, incluidos los patógenos que pueden presentar riesgos considerables de salto zoonótico y los patógenos que son resistentes a los agentes antimicrobianos, y llevar a cabo la evaluación del riesgo que suponen dichos patógenos emergentes o reemergentes, así como compartir los resultados de la vigilancia pertinente y las evaluaciones del riesgo entre los sectores pertinentes realizadas dentro de su territorio para mejorar la detección temprana;
- d) medidas de detección temprana y control en el nivel de la comunidad, mediante el fortalecimiento de mecanismos y la mejora de capacidades en el nivel de la comunidad, para prevenir, detectar y notificar a las autoridades pertinentes los eventos inusuales de salud pública acaecidos en su territorio, con el fin de facilitar las medidas para la contención temprana en origen;

⁶ Véase el artículo 15.4.

- e) el fortalecimiento de los esfuerzos por garantizar el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene para todas las personas, en particular en las zonas de difícil acceso;
- f) medidas para reforzar los programas eficaces de vacunación sistemática, especialmente aumentando y/o manteniendo una alta cobertura de inmunización, y la vacunación suplementaria oportuna con el fin de reducir los riesgos de salud pública y prevenir brotes, fomentando la concienciación pública sobre la importancia de la inmunización y reforzando las cadenas de suministro y los sistemas de inmunización;
- g) medidas de prevención y control de infecciones, incluida la gestión segura de los desechos médicos, en todos los establecimientos de atención de salud, y medidas de prevención y control de infecciones en los establecimientos de atención a largo plazo;
- h) la vigilancia, la evaluación del riesgo y la prevención de enfermedades de transmisión vectorial que pueden provocar emergencias pandémicas, en particular desarrollando, fortaleciendo y manteniendo las capacidades, y teniendo en cuenta los factores sociales, demográficos y/o ambientales que pueden influir en la distribución de los vectores y la transmisión de enfermedades;
- i) la gestión de los riesgos biológicos en los laboratorios, entre otras cosas mediante cursos de formación y prácticas en materia de bioseguridad y bioprotección, y medidas para garantizar la seguridad y la protección del transporte, de acuerdo con las reglas y normas internacionales y nacionales aplicables; y
- j) medidas para hacer frente a los riesgos de salud pública asociados a la aparición y propagación de patógenos resistentes a los agentes antimicrobianos, facilitando un acceso asequible y equitativo a los antimicrobianos y promoviendo un uso adecuado, prudente y responsable de estos en todos los sectores pertinentes.

3. Las Partes reconocen que una serie de factores ambientales, climáticos, sociales, antropogénicos y económicos, incluidos el hambre y la pobreza, pueden incrementar el riesgo de pandemias, y tratarán de tener en cuenta tales factores en la elaboración y aplicación de políticas, estrategias, planes y/o medidas pertinentes a escala internacional, regional y nacional, según proceda, de conformidad con la legislación nacional y/o interna y el derecho internacional aplicable.

4. La Conferencia de las Partes elaborará y adoptará directrices, recomendaciones y otras medidas no vinculantes, según sea necesario, para promover la aplicación efectiva de las disposiciones establecidas en los párrafos 1 y 2 del presente artículo, de forma compatible con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005), siguiendo, según proceda, un enfoque de «Una sola salud» y teniendo plenamente en cuenta las circunstancias nacionales y las diferentes capacidades y medios de las Partes, así como la necesidad de creación de capacidad y de apoyo a la aplicación para las Partes que son países en desarrollo.

5. La Conferencia de las Partes, mediante su labor en relación con las disposiciones del presente artículo, abordará, entre otras cosas, la cooperación para la aplicación, en particular mediante la asistencia técnica, la creación de capacidad, la colaboración en la investigación, la facilitación del acceso equitativo a productos e instrumentos pertinentes, la transferencia de

tecnología en condiciones mutuamente acordadas⁷ y la financiación en consonancia con las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, así como la cooperación para apoyar iniciativas mundiales, regionales y nacionales destinadas a prevenir las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, con especial atención a las Partes que son países en desarrollo.

6. La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con otras organizaciones intergubernamentales pertinentes, facilitará apoyo técnico para aplicar el presente artículo, en particular a las Partes que son países en desarrollo, según proceda y previa petición.

Artículo 5. Enfoque de «Una sola salud» para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias

1. Las Partes, reconociendo que la salud de las personas está interconectada con la salud de los animales y el medio ambiente, promoverán un enfoque de «Una sola salud» para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias que sea coherente, integrado, coordinado y colaborativo entre todas las organizaciones, sectores e instancias pertinentes, según proceda, de acuerdo con la legislación nacional y/o interna y el derecho internacional aplicable, y teniendo en cuenta las circunstancias nacionales.

2. Las Partes adoptarán medidas, según proceda, destinadas a determinar y abordar, de acuerdo con la legislación nacional y/o interna y el derecho internacional aplicable, los factores que favorecen las pandemias y la aparición y reaparición de enfermedades infecciosas en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente mediante la introducción e integración de intervenciones en los planes pertinentes de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, con sujeción a la disponibilidad de recursos.

3. Cada Parte, de acuerdo con su legislación nacional y/o interna y teniendo en cuenta los contextos nacionales y regionales, y con sujeción a la disponibilidad de recursos, adoptará las medidas que estime apropiadas para promover la salud de los seres humanos, de los animales y del medio ambiente, con el apoyo, según sea necesario y previa petición, de la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes, en particular:

- a) formulando, aplicando y examinando las políticas y estrategias nacionales pertinentes que reflejen un enfoque de «Una sola salud» en relación con la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, incluida la promoción de la participación de las comunidades, de acuerdo con el artículo 15.3 a); y
- b) promoviendo o estableciendo programas conjuntos de formación y enseñanza continua para la fuerza de trabajo en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente, con el fin de fomentar competencias, capacidades y aptitudes complementarias y pertinentes, de conformidad con el enfoque de «Una sola salud».

⁷ A efectos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, «en condiciones mutuamente acordadas» significa que algo ha sido asumido voluntariamente y en términos convenidos de mutuo acuerdo, sin perjuicio de los derechos y obligaciones de las Partes en virtud de otros acuerdos internacionales.

Artículo 6. Preparación, disposición operativa y resiliencia de los sistemas de salud

1. Cada Parte, con arreglo a los medios y recursos a su disposición, adoptará las medidas apropiadas a fin de desarrollar, fortalecer y mantener un sistema de salud resiliente, en particular la atención primaria de salud, para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, teniendo en cuenta la necesidad de equidad y en consonancia con el artículo 17, con miras a alcanzar la cobertura universal de salud.
2. Cada Parte, con arreglo a los medios y recursos a su disposición, adoptará las medidas apropiadas, de conformidad con su legislación nacional y/o interna, a fin de desarrollar o fortalecer, mantener y monitorear las funciones y la infraestructura del sistema de salud para:
 - a) la prestación oportuna de un acceso equitativo a una atención clínica ampliable y a servicios de atención de salud esenciales ordinarios de calidad, manteniendo al mismo tiempo las funciones de salud pública y, según proceda, las medidas sociales durante las pandemias, centrándose en la atención primaria de salud, la salud mental y el apoyo psicosocial y prestando una atención especial a las personas en situaciones de vulnerabilidad;
 - b) las capacidades nacionales o, según proceda, regionales para adoptar prácticas de adquisición y una gestión de la cadena de suministro de los productos de salud relacionados con las pandemias que sean transparentes y costoeficaces;
 - c) las capacidades de laboratorio y diagnóstico mediante la aplicación de normas y protocolos pertinentes, en particular para la gestión de los riesgos biológicos en los laboratorios, y según proceda, la participación en las redes regionales y mundiales;
 - d) la promoción del uso de las ciencias sociales y del comportamiento, la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias; y
 - e) la recuperación de los sistemas de salud después de una pandemia.
3. Cada Parte, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, tratará de desarrollar, fortalecer y mantener sistemas nacionales de información de salud, de acuerdo con la legislación nacional y/o interna, a reserva de la disponibilidad de recursos, en particular a través del uso de las pertinentes normas internacionales de datos para la interfuncionalidad, según proceda, basados en la buena gobernanza de datos para la prevención, detección y respuesta frente a eventos de salud pública.
4. Cada Parte monitoreará sus capacidades en materia de preparación y evaluará periódicamente, de ser necesario con el apoyo técnico de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud previa petición, el funcionamiento y la disposición operativa de sus capacidades de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y de las deficiencias en ese ámbito.

Artículo 7. Trabajadores de la salud y asistenciales

1. Cada Parte, con arreglo a sus respectivas capacidades y circunstancias nacionales, adoptará las medidas apropiadas con el objetivo de establecer, fortalecer, proteger, salvaguardar y fidelizar una dotación nacional de trabajadores de la salud y asistenciales multidisciplinaria, competente, adecuada y formada, y de invertir en ella, para la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, en particular en entornos humanitarios, manteniendo al mismo tiempo los servicios de atención de salud esenciales y las funciones esenciales de salud pública en todo momento y durante las emergencias pandémicas.
2. Cada Parte, teniendo en cuenta sus circunstancias nacionales y de acuerdo con sus obligaciones internacionales, adoptará las medidas apropiadas para garantizar condiciones de trabajo decentes para sus trabajadores de la salud y asistenciales, proteger continuamente su seguridad, su salud mental y su bienestar y reforzar su capacidad, en particular:
 - a) facilitando su acceso prioritario a los productos de salud relacionados con las pandemias durante las emergencias pandémicas;
 - b) eliminando todas las formas de desigualdad y discriminación y otras disparidades, como las desigualdades en la remuneración y los obstáculos con que se ven confrontadas las mujeres;
 - c) haciendo frente al acoso, la violencia y las amenazas;
 - d) apoyando el empoderamiento individual y colectivo; y
 - e) elaborando políticas relativas a los traumatismos, la discapacidad o la muerte relacionados con el trabajo durante la respuesta a emergencias.
3. Cada Parte tratará de fortalecer las capacidades nacionales y designar o establecer, según proceda, equipos de salud de emergencia multidisciplinarios en el nivel nacional, subnacional y/o regional. Sobre dicha base, las Partes adoptarán medidas, dentro de sus capacidades y medios, en coordinación con la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales y regionales pertinentes, con el objetivo de fortalecer, mantener y movilizar una dotación mundial de trabajadores para las emergencias sanitarias competentes, formados y multidisciplinarios con miras a apoyar a los Estados Miembros, en particular mediante el despliegue, previa solicitud.
4. Las Partes colaborarán, según proceda y de acuerdo con sus legislaciones nacionales y/o internas, a través de mecanismos multilaterales y bilaterales para reducir al mínimo las repercusiones negativas de la migración de los trabajadores de la salud y asistencial en los sistemas de salud, respetando al mismo tiempo la libertad de circulación de los profesionales de la salud, teniendo en cuenta la Lista de la Organización Mundial de la Salud para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud y los códigos y normas internacionales aplicables, incluidos los que son de carácter voluntario, como el Código de Prácticas Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Contratación Internacional de Personal de Salud.⁸
5. Las Partes, teniendo en cuenta las circunstancias nacionales, adoptarán las medidas apropiadas con el fin de garantizar el trabajo decente y un entorno seguro y saludable para otros trabajadores esenciales que proporcionan bienes y servicios públicos esenciales durante las emergencias pandémicas. Las Partes, teniendo en cuenta las circunstancias nacionales, adoptarán

⁸ La referencia al mencionado Código de Prácticas Mundial no altera su carácter voluntario.

también medidas a fin de elaborar y aplicar políticas coordinadas para la seguridad y la protección de los trabajadores del transporte y de la cadena de suministro, según proceda, facilitando el tránsito y el traslado de la gente de mar y los trabajadores del transporte, entre otros, y su acceso a la atención médica.

Artículo 8. Fortalecimiento de los sistemas de reglamentación

1. Cada Parte reforzará su organismo de reglamentación nacional y, cuando proceda, regional encargado de autorizar y aprobar los productos de salud relacionados con las pandemias, entre otras cosas mediante la asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud, de otras organizaciones internacionales cuando se solicite y de otras Partes según proceda, así como mediante la cooperación con ellas, con el fin de garantizar la calidad, la inocuidad y la eficacia de dichos productos.
2. Cada Parte adoptará medidas para asegurarse de que cuenta con la capacidad técnica y los marcos jurídicos, administrativos y financieros, según proceda, que faciliten:
 - a) el examen reglamentario acelerado y/o la autorización reglamentaria de emergencia, y la supervisión de los productos de salud relacionados con las pandemias, en consonancia con la legislación aplicable; y
 - b) una vigilancia efectiva para monitorear la inocuidad y la eficacia de los productos de salud relacionados con las pandemias.
3. Cada Parte, de conformidad con la legislación nacional y/o interna, según proceda, pondrá a disposición pública y mantendrá actualizada:
 - a) la información sobre los procesos reglamentarios nacionales y, si procede, regionales para autorizar o aprobar el uso de productos de salud relacionados con las pandemias; y
 - b) la información sobre los productos de salud relacionados con las pandemias que haya autorizado o aprobado, incluida la información adicional pertinente sobre la autorización o la aprobación.
4. Cada Parte, con sujeción a la legislación nacional y/o interna aplicable, procurará adoptar, según sea necesario, mecanismos de confianza regulatoria en sus marcos de reglamentación nacionales y, cuando proceda, regionales para su uso durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, en lo que respecta a los productos de salud relacionados con las pandemias, teniendo en cuenta las directrices pertinentes.
5. Cada Parte, según proceda y con sujeción a la legislación aplicable, alentará a los desarrolladores y fabricantes pertinentes de productos de salud relacionados con las pandemias a tratar de obtener con prontitud las aprobaciones y autorizaciones reglamentarias de los organismos de reglamentación nacionales y/o regionales, incluidos los organismos catalogados por la Organización Mundial de la Salud, y la precalificación de esos productos por la Organización Mundial de la Salud.
6. Las Partes colaborarán, según proceda, con miras a mejorar los procesos de la Organización Mundial de la Salud para la inclusión en la lista de uso en emergencias, la precalificación y cualquier otro proceso pertinente de la Organización Mundial de la Salud para recomendar el uso de productos de salud relacionados con las pandemias.

7. Las Partes, según proceda, monitorearán y reforzarán los sistemas de alerta rápida y adoptarán medidas en materia de reglamentación para responder a los productos de salud de calidad subestándar y falsificados relacionados con las pandemias.
8. Las Partes procurarán, con sujeción a la legislación aplicable:
 - a) cooperar para alinear, cuando proceda, los requisitos técnicos y reglamentarios pertinentes de conformidad con las normas y orientaciones internacionales aplicables; y
 - b) prestar apoyo para ayudar a fortalecer la capacidad de los organismos nacionales de reglamentación y de los sistemas regionales de reglamentación para responder a las emergencias pandémicas, con sujeción a los recursos disponibles.

Artículo 9. Investigación y desarrollo

1. Las Partes cooperarán, según proceda, para crear, fortalecer y mantener capacidades e instituciones geográficamente diversas para la investigación y el desarrollo, especialmente en los países en desarrollo, y promoverán la colaboración en materia de investigación, el acceso a la investigación y el intercambio rápido de información y resultados, especialmente durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas.
2. Con ese fin, las Partes promoverán, con arreglo a los medios y los recursos a su disposición, y de conformidad con la legislación y la normativa nacional y/o interna:
 - a) la inversión y el apoyo sostenidos a las instituciones y redes de investigación que puedan adaptarse y responder rápidamente a las necesidades de investigación y desarrollo en caso de emergencia pandémica, y a la investigación y el desarrollo para las prioridades de salud pública, en particular: *i)* la epidemiología de las enfermedades infecciosas emergentes, los factores que favorecen el salto o la aparición de enfermedades zoonóticas y las ciencias sociales y del comportamiento; *ii)* la gestión de las pandemias, como las medidas sociales y de salud pública, así como sus efectos e impactos socioeconómicos; y *iii)* los productos de salud relacionados con las pandemias, incluida la promoción de un acceso equitativo;
 - b) los programas, proyectos y alianzas de investigación científica, en particular a través de la creación conjunta de tecnología, y las iniciativas conjuntas de emprendimiento, con la participación activa de científicos e instituciones y centros de investigación, en particular de países en desarrollo, y la colaboración regional e internacional con estos;
 - c) la generación de instrumentos, estrategias y alianzas en materia de síntesis de la evidencia, traslación de conocimientos y comunicación basada en la evidencia, relacionados con la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, y el acceso equitativo a ellos;
 - d) el intercambio de información sobre programas de investigación, prioridades, actividades de creación de capacidad y mejores prácticas que sean pertinentes para la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, en particular durante emergencias pandémicas;
 - e) los programas, proyectos y alianzas de creación de capacidad y el apoyo sostenido a todas las fases de la investigación y el desarrollo, incluidas la investigación básica y aplicada;

- f) la aceleración de la investigación y el desarrollo innovadores en consonancia con las obligaciones, leyes y reglamentaciones aplicables sobre bioseguridad y bioprotección, así como la consideración, según proceda, de las normas y orientaciones pertinentes; y
- g) la participación de las partes interesadas pertinentes en la aceleración de la investigación y el desarrollo.

3. Cada Parte, de conformidad con sus circunstancias y legislación nacionales o internas, y teniendo en cuenta las directrices y orientaciones éticas nacionales e internacionales pertinentes, promoverá, durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, la realización de ensayos clínicos bien diseñados y bien realizados en su jurisdicción, en particular: *i)* promoviendo poblaciones de ensayo representativas; *ii)* promoviendo, según proceda, el intercambio de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas relacionados con las pandemias para su uso como productos de comparación⁹ en la realización de ensayos clínicos de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas relacionados con las pandemias; y *iii)* promoviendo el acceso a productos inocuos y eficaces resultantes de esos ensayos para tales poblaciones de ensayo y para las poblaciones en riesgo en sus comunidades.

4. Cada Parte, según lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo, de conformidad con la legislación y las políticas nacionales y/o internas y teniendo en cuenta las normas internacionales pertinentes, apoyará la publicación rápida y transparente de los protocolos de ensayos clínicos y de otros resultados de investigaciones que guarden relación con la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.

5. Cada Parte elaborará y aplicará políticas nacionales y/o regionales, adaptadas a sus circunstancias internas, sobre la inclusión de disposiciones en las subvenciones, contratos y otros acuerdos similares de financiación de investigación y desarrollo financiados con fondos públicos, en particular con entidades privadas y alianzas público-privadas, para el desarrollo de productos de salud relacionados con las pandemias, que promuevan el acceso oportuno y equitativo a dichos productos, especialmente para los países en desarrollo, durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, y sobre la publicación de dichas disposiciones. Dichas disposiciones podrán prever: *i)* la concesión de licencias y/o sublicencias, en particular a los fabricantes de países en desarrollo y en beneficio de los países en desarrollo, preferiblemente con carácter no exclusivo; *ii)* políticas de precios asequibles; *iii)* disposiciones que permitan el acceso a la tecnología para facilitar la investigación y el desarrollo y la producción local diversificada geográficamente; *iv)* la publicación de información pertinente sobre los protocolos de ensayos clínicos y los resultados de investigaciones pertinentes; y *v)* la adhesión a los marcos de asignación de productos adoptados por la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 10. Producción local sostenible y diversificada geográficamente

1. Las Partes adoptarán medidas, según proceda, para lograr una distribución geográfica más equitativa, ampliar rápidamente la producción mundial de productos de salud relacionados con las pandemias y aumentar el acceso sostenible, oportuno y equitativo a dichos productos, así como para reducir la posible brecha entre la oferta y la demanda durante las emergencias pandémicas, en particular a través de las medidas previstas en los artículos 11 y 13.

⁹ A los efectos del presente párrafo, «producto de comparación» es un producto de investigación o comercializado (esto es, de control activo), o placebo, utilizado como referencia en un ensayo clínico.

2. Las Partes, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones pertinentes, tendrán a bien, según proceda y con sujeción a la legislación nacional y/o interna:

- a) adoptar medidas para apoyar y/o fortalecer las instalaciones ya existentes o de nueva creación para la producción de los productos de salud pertinentes, a nivel nacional y regional, en particular en los países en desarrollo, con miras a promover la sostenibilidad de esas instalaciones de producción diversificadas geográficamente, por ejemplo, apoyando y/o facilitando el desarrollo de competencias, la creación de capacidad y otras iniciativas para las instalaciones de producción;
- b) facilitar el funcionamiento continuo y sostenible de los fabricantes locales y regionales, especialmente de los países en desarrollo, en particular promoviendo la transparencia de la información pertinente sobre productos de salud relacionados con las pandemias y materias primas a lo largo de la cadena de valor que no esté sujeta a protección con arreglo a la legislación interna e internacional pertinente;
- c) apoyar activamente los programas pertinentes de la Organización Mundial de la Salud en materia de transferencia de tecnología, competencias y conocimientos y de producción local, incluidos los que se mencionan en el artículo 11, y otros programas pertinentes, con miras a facilitar una producción sostenible y estratégica y geográficamente distribuida de los productos de salud relacionados con las pandemias, en particular en los países en desarrollo;
- d) promover o incentivar las inversiones, los acuerdos de compra y las alianzas de los sectores público y privado, incluidas las alianzas público-privadas, destinados a crear o a ampliar las instalaciones o capacidades de producción de productos de salud relacionados con las pandemias, incluidas las instalaciones con un alcance operacional regional situadas en países en desarrollo;
- e) alentar a las organizaciones internacionales y otras organizaciones pertinentes a que establezcan arreglos, incluidos contratos adecuados a largo plazo para los productos de salud relacionados con las pandemias, en particular adquiriéndolos a las instalaciones a las que se hace referencia en el subpárrafo 2 a) del presente artículo y de conformidad con los objetivos del artículo 13, especialmente los producidos por fabricantes locales y/o regionales de países en desarrollo; y
- f) durante emergencias pandémicas, en los casos en que la capacidad de las instalaciones a que se hace referencia en el subpárrafo 2 a) del presente artículo no satisfaga la demanda, adoptar medidas para seleccionar y contratar a los fabricantes a fin de aumentar rápidamente la producción de productos de salud relacionados con las pandemias.

3. La Organización Mundial de la Salud, a petición de la Conferencia de las Partes, prestará asistencia a las instalaciones a que se hace referencia en el párrafo 2 del presente artículo, en particular, según proceda, en lo que respecta a la capacitación, la creación de capacidad y el apoyo oportuno para el desarrollo y la producción de productos relacionados con las pandemias, especialmente en los países en desarrollo, con el fin de lograr una producción diversificada geográficamente.

Artículo 11. Transferencia de tecnología y cooperación sobre el saber hacer conexo para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias

1. Cada Parte, con el fin de posibilitar una producción sostenible y geográficamente diversificada de productos de salud relacionados con las pandemias para la consecución del objetivo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, según proceda:

- a) promoverá y facilitará o incentivará de otro modo la transferencia de tecnología en condiciones mutuamente acordadas,¹⁰ incluida la transferencia de conocimientos, competencias y experiencia técnica pertinentes, y la cooperación sobre cualquier otro saber hacer conexo para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias, en particular en beneficio de los países en desarrollo, a través de medidas que pueden incluir, entre otras cosas, la concesión de licencias, la creación de capacidad, la facilitación de relaciones, incentivos o condiciones vinculadas a la investigación y el desarrollo, las adquisiciones u otras medidas en materia de financiación o de política reguladora;
- b) adoptará medidas para aumentar la disponibilidad de licencias para las tecnologías de la salud relacionadas con las pandemias de cuyos derechos sea titular, con carácter no exclusivo, de manera transparente, con un amplio alcance geográfico y en beneficio de los países en desarrollo, siempre y cuando sea factible, de acuerdo con la legislación nacional y/o interna y la legislación internacional, y alentará a los titulares de derechos privados a que hagan lo mismo;
- c) adoptará medidas para publicar, de manera oportuna, los términos de sus acuerdos de licencia pertinentes para promover el acceso oportuno y equitativo a nivel mundial a las tecnologías de salud relacionadas con las pandemias, de conformidad con la legislación y las políticas aplicables, y alentará a los titulares de derechos privados a que hagan lo mismo;
- d) alentará a los titulares de las patentes o las licencias pertinentes para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias a que renuncien al cobro de regalías o en su defecto cobren unas regalías razonables, en particular a los fabricantes de los países en desarrollo durante una emergencia pandémica, con el objetivo de aumentar la disponibilidad y asequibilidad de esos productos para las poblaciones necesitadas, en particular las personas en situaciones de vulnerabilidad;
- e) promoverá la transferencia de la tecnología pertinente en condiciones mutuamente acordadas,¹⁰⁹ incluida la transferencia de conocimientos, competencias y experiencia técnica pertinentes, respecto de los productos de salud relacionados con las pandemias por parte de los titulares de derechos privados a los centros de transferencia de tecnología regionales o mundiales establecidos, coordinados por la Organización Mundial de la Salud, u otros mecanismos o redes; y
- f) durante las emergencias pandémicas, alentará a los fabricantes a que compartan información pertinente para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias, de conformidad con la legislación y las políticas nacionales y/o internas.

¹⁰ Véase la nota a pie de página 8.

2. Cada Parte proporcionará, según proceda y con sujeción a los recursos disponibles y a la legislación aplicable, apoyo a la creación de capacidad, especialmente a los fabricantes locales, subregionales y/o regionales de los países en desarrollo, para la aplicación del presente artículo.
3. Las Partes cooperarán, según proceda, en lo que respecta a las medidas limitadas en el tiempo a las que hayan convenido en el marco de las organizaciones regionales e internacionales pertinentes en las que sean partes, para acelerar o ampliar la fabricación de productos de salud relacionados con las pandemias, en la medida en que sea necesario para aumentar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los productos de salud relacionados con las pandemias durante emergencias pandémicas.
4. Las Partes que sean miembros de la Organización Mundial del Comercio reafirman que tienen derecho a aplicar plenamente el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública de 2001, que confieren flexibilidad para proteger la salud pública en particular en futuras pandemias. Las Partes respetarán el uso de estas flexibilidades que es coherente con el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio.
5. Las Partes, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, determinarán, evaluarán y, según proceda, fortalecerán y/o desarrollarán mecanismos e iniciativas que promuevan y faciliten la transferencia de tecnología en condiciones mutuamente acordadas,¹¹ con miras a aumentar el acceso a productos de salud relacionados con las pandemias, especialmente en los países en desarrollo, en particular mediante la puesta en común de la propiedad intelectual, los conocimientos, las competencias y la experiencia técnica pertinentes y los datos y la concesión de licencias transparentes y no exclusivas. Dichos mecanismos podrán estar coordinados por la Organización Mundial de la Salud, según proceda, en colaboración con otros mecanismos y organizaciones pertinentes, lo que posibilitará una mayor participación de los fabricantes de los países en desarrollo.
6. Cada Parte debería examinar y considerar la modificación, según proceda, de su legislación nacional y/o interna con miras a asegurarse de que es capaz de aplicar el presente artículo de manera oportuna y eficaz.

Artículo 12. Sistema de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios

1. Reconociendo el derecho soberano de los Estados sobre sus recursos biológicos y la importancia de la acción colectiva para mitigar los riesgos para la salud pública, y subrayando la importancia de promover el intercambio rápido y oportuno de «los materiales y la información sobre secuencias de los patógenos con potencial pandémico» (en adelante, «Materiales e Información sobre Secuencias PABS») y, en pie de igualdad, la participación rápida, oportuna, justa y equitativa en los beneficios que se deriven del intercambio y/o la utilización de Materiales e Información sobre Secuencias PABS con fines de salud pública, las Partes establecen por el presente un sistema multilateral para el acceso seguro, transparente y responsable y la participación en los beneficios en relación con los Materiales e Información sobre Secuencias PABS,

¹¹ Véase la nota a pie de página 8.

el «Sistema OMS de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios» (en adelante, «Sistema PABS»), que se desarrollará de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo.

2. Las disposiciones por las que se rija el Sistema PABS, incluidas las definiciones de los patógenos con potencial pandémico y de los Materiales e Información sobre Secuencias PABS, las modalidades, la naturaleza jurídica, los términos y condiciones y las dimensiones operativas, se desarrollarán y acordarán en un instrumento de conformidad con el capítulo III (en adelante, «Instrumento PABS») a modo de anexo. El Instrumento PABS también definirá las condiciones para la administración y coordinación del Sistema PABS por parte de la Organización Mundial de la Salud. A los fines de la coordinación y el funcionamiento del Sistema PABS, la Organización Mundial de la Salud colaborará con las organizaciones internacionales pertinentes¹² y con las partes interesadas pertinentes. Todos los elementos del Sistema PABS entrarán en funcionamiento simultáneamente de acuerdo con los términos del Instrumento PABS.

3. Teniendo en cuenta las diferencias en el uso de los Materiales e Información sobre Secuencias PABS, en el desarrollo de un Sistema PABS seguro, responsable y transparente se abordarán medidas relacionadas con la trazabilidad, así como el acceso abierto a los datos.

4. Teniendo en cuenta el artículo 4.4 del Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica (en adelante, «Protocolo de Nagoya»), el Instrumento PABS será compatible con los objetivos del Convenio sobre la Diversidad Biológica y del Protocolo de Nagoya y no será contrario a ellos, reconociendo que nada de lo dispuesto en el presente párrafo crea obligaciones en el marco de estos instrumentos para quienes no son Parte en ellos.

5. El Instrumento PABS a que se hace referencia en el párrafo 2 del presente artículo contendrá disposiciones relativas, entre otras cosas, a lo siguiente:

- a) el intercambio rápido y oportuno de los Materiales e Información sobre Secuencias PABS y, en pie de igualdad, la participación rápida, oportuna, justa y equitativa en los beneficios, tanto monetarios como no monetarios, incluidas las contribuciones monetarias anuales, las vacunas, los tratamientos y las pruebas diagnósticas que surjan del intercambio y/o la utilización de los Materiales e Información sobre Secuencias PABS con fines de salud pública;
- b) las modalidades, los términos y las condiciones sobre el acceso y la participación en los beneficios que brinden seguridad jurídica;
- c) la implementación de manera que se fortalezca, facilite y acelere la investigación y la innovación, así como la participación y la distribución justas y equitativas con respecto a los beneficios;
- d) el desarrollo y la implementación de manera que:
 - i) se complementen y no se dupliquen las medidas y obligaciones en materia de acceso y participación en los beneficios del Marco de Preparación para una Gripe

¹² En el contexto de la colaboración con la Organización Mundial de la Salud, la expresión «organizaciones internacionales pertinentes» se entiende con arreglo a lo dispuesto en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Pandémica y otros instrumentos internacionales pertinentes de acceso y participación en los beneficios, cuando proceda; y

- ii) se garantice que cada Parte examine y, si lo considera apropiado, adapte sus medidas nacionales y/o regionales en materia de acceso y participación en los beneficios aplicables a los Materiales e Información sobre Secuencias PABS dentro del ámbito del Instrumento PABS, de modo que las medidas que sean contrarias, incoherentes o duplicativas con respecto al Instrumento PABS no se apliquen al entrar en funcionamiento todos los elementos del Sistema PABS.

e) la implementación esté en consonancia con la legislación internacional aplicable y con la legislación, las reglamentaciones y las normas nacionales y/o internas aplicables relacionadas con la evaluación de riesgos, la bioseguridad, la bioprotección y el control de la exportación de patógenos, así como la protección de datos; y

f) la implementación facilite la fabricación y exportación de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas para patógenos abarcados por el Instrumento PABS.

6. El Sistema PABS, según se establece en el anexo a que se hace referencia en el párrafo 2 del presente artículo, preverá, entre otras cosas, que, en caso de emergencia pandémica, según se determine de conformidad con el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional (2005):

a) cada fabricante participante¹³ pondrá a disposición de la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con los contratos jurídicamente vinculantes firmados con la Organización Mundial de la Salud, un acceso rápido al 20 % de su producción en tiempo real de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas seguros, de calidad y eficaces contra el patógeno causante de la emergencia pandémica, siempre que se ponga a disposición de la Organización Mundial de la Salud, a modo de donación, un umbral mínimo del 10 % de su producción en tiempo real, y que el porcentaje restante, con flexibilidad en función de la naturaleza y la capacidad de cada fabricante participante, se reserve a precios asequibles para la Organización Mundial de la Salud; y

b) la distribución de estas vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas se basará en el riesgo y la necesidad en materia de salud pública, prestándose especial atención a las necesidades de los países en desarrollo, y para ello podrá utilizarse la Red Mundial de Cadena de Suministro y de Logística a que se hace referencia en el artículo 13.

7. El Instrumento PABS también incluirá disposiciones relativas a la participación en los beneficios, en caso de una emergencia de salud pública de importancia internacional determinada de conformidad con el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluidas opciones relativas al acceso a vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas seguros, de calidad y eficaces para el patógeno causante de la emergencia de salud pública de importancia internacional, de conformidad con los contratos jurídicamente vinculantes firmados por los fabricantes participantes con la Organización Mundial de la Salud.

¹³ El término «fabricante participante» se definirá en el Instrumento PABS.

8. El Instrumento PABS también incluirá disposiciones adicionales acerca de la participación en los beneficios que se establecerán en contratos jurídicamente vinculantes firmados con la Organización Mundial de la Salud, incluidas opciones para:

- a) la creación de capacidad y la asistencia técnica;
- b) la investigación y la cooperación para el desarrollo;
- c) la facilitación del acceso rápido a las vacunas, los tratamientos y las pruebas diagnósticas disponibles para responder a los riesgos y eventos de salud pública en el contexto del artículo 13.1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- d) la concesión de licencias no exclusivas a fabricantes de países en desarrollo para la producción y la entrega efectivas de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas; y
- e) otras formas de transferencia de tecnología en condiciones mutuamente acordadas,¹⁴ incluida la transferencia de conocimientos, competencias y experiencia técnica pertinentes.

9. El presente artículo se entiende sin perjuicio de la consideración de otros elementos para la puesta en funcionamiento efectiva del Sistema PABS de manera justa, transparente, responsable y equitativa.

Artículo 13. Cadena de suministro y logística

1. Por el presente artículo se establece la «Red Mundial de Cadena de Suministro y de Logística» (en adelante, «la Red») para mejorar y facilitar el acceso equitativo, oportuno, rápido, seguro y asequible a los productos de salud relacionados con las pandemias para los países necesitados durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, y trabajar para garantizar dicho acceso y eliminar los obstáculos al mismo, así como para prevenir dichas emergencias. La Organización Mundial de la Salud desarrollará, coordinará y convocará la Red en plena consulta con las Partes y los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud que no sean Partes y en colaboración con las partes interesadas pertinentes, bajo la supervisión de la Conferencia de las Partes. Las Partes priorizarán, según proceda, el intercambio de productos de salud relacionados con las pandemias a través de la Red con miras a una asignación equitativa y basada en el riesgo y la necesidad en materia de salud pública, sobre todo durante emergencias pandémicas.

2. En su primera reunión, la Conferencia de las Partes definirá la estructura, funciones y modalidades de la Red, con el objetivo de garantizar:

- a) la colaboración entre las Partes y otras partes interesadas pertinentes durante las emergencias pandémicas y en los periodos entre estas;
- b) el desempeño de las funciones de la Red por las organizaciones mejor posicionadas para ello;
- c) la consideración de las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos quienes se encuentran en entornos frágiles y humanitarios, y las necesidades de los países en desarrollo;

¹⁴ Véase la nota a pie de página 8.

- d) la asignación equitativa y oportuna de los productos de salud relacionados con las pandemias sobre la base del riesgo y la necesidad en materia de salud pública, entre otras cosas mediante la adquisición a las instalaciones a que se hace referencia en el artículo 10; y
- e) la rendición de cuentas, la transparencia y la inclusividad en el funcionamiento y la gobernanza de la Red que permitan que las Regiones de la Organización Mundial de la Salud estén representadas equitativamente.

3. Las funciones de la Red incluirán, entre otras cosas, a reserva de la ulterior adopción de decisiones por la Conferencia de las Partes con respecto a otras tareas que puedan asignarse a la Red:

- a) determinar las fuentes de los productos de salud relacionados con las pandemias y de las materias primas pertinentes;
- b) determinar las barreras al acceso;
- c) estimar la oferta y la demanda;
- d) facilitar la adquisición de productos de salud relacionados con las pandemias y de las materias primas pertinentes, en particular a las instalaciones a que se hace referencia en el artículo 10, durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas;
- e) coordinar los organismos de adquisición pertinentes dentro de la Red y el trabajo preparatorio previo a las pandemias;
- f) promover la transparencia a lo largo de la cadena de valor;
- g) colaborar en el almacenamiento, tanto durante las emergencias pandémicas como en los periodos entre pandemias, para, entre otras cosas, promover el establecimiento de reservas de emergencia a nivel regional e internacional, reforzar las reservas existentes, facilitar unas actividades de almacenamiento eficientes y eficaces y aumentar el acceso equitativo y oportuno a los productos de salud relacionados con las pandemias;
- h) iniciar y facilitar la liberación rápida, desde las reservas internacionales, de los productos de salud pertinentes en caso de brotes, especialmente a los países en desarrollo, para evitar que los brotes se conviertan en emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas emergencias pandémicas; y
- i) facilitar el acceso oportuno y equitativo a los productos de salud relacionados con las pandemias y trabajar para eliminar los obstáculos a dicho acceso a través de la asignación, la distribución, la entrega y la asistencia para la utilización, en particular en lo que respecta a los productos suministrados al Sistema PABS, durante las emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, prestando especial atención a las necesidades en entornos humanitarios.

4. La Conferencia de las Partes examinará periódicamente las funciones y las operaciones de la Red, incluido el apoyo prestado por las Partes, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud que no son Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y las partes interesadas pertinentes, durante las emergencias pandémicas y en los periodos entre ellas, y podrá prestar orientaciones adicionales en relación con sus operaciones.

5. La Organización Mundial de la Salud, en su calidad de coordinadora de la Red, presentará informes a la Conferencia de las Partes con la periodicidad que esta determine.

Artículo 14. Adquisición y distribución

1. Durante una pandemia, cada Parte procurará publicar, según proceda, y de conformidad con la legislación y las políticas nacionales y/o internas, las condiciones pertinentes de sus acuerdos de compra con fabricantes de los productos de salud relacionados con las pandemias en la primera oportunidad razonable que se le presente, y no incluir disposiciones sobre confidencialidad que tengan por fin limitar dicha divulgación. Las Partes adoptarán medidas para alentar a los mecanismos regionales y mundiales de compra a hacer lo propio.
2. Cada Parte, de conformidad con la legislación y las políticas nacionales y/o internas, estudiará la posibilidad de incluir, en sus acuerdos de compra de productos de salud relacionados con las pandemias financiados con fondos públicos, disposiciones que promuevan el acceso oportuno y equitativo, sobre todo de los países en desarrollo, como disposiciones relativas a la donación, la modificación de la entrega, la concesión de licencias y los planes de acceso mundial.
3. Durante una pandemia, cada Parte considerará en tiempo oportuno la posibilidad de reservar una parte de sus adquisiciones totales de pruebas diagnósticas, tratamientos o vacunas pertinentes, o de adoptar otras medidas necesarias para la adquisición de esos productos, con miras a su uso en países que encuentren dificultades para atender la demanda y las necesidades de salud pública.
4. Las Partes reconocen la importancia de garantizar que las medidas comerciales de emergencia concebidas para responder a una emergencia pandémica sean selectivas, proporcionadas, transparentes y temporales, y no creen obstáculos innecesarios al comercio ni interrupciones en las cadenas de suministro.
5. Cada Parte adoptará medidas, según proceda, incluso con el apoyo de la Red, para promover el uso racional y reducir el desperdicio de productos de salud relacionados con las pandemias, con el fin de apoyar y facilitar la distribución, la entrega y la administración efectivas a escala mundial de los productos de salud relacionados con las pandemias.
6. Durante una emergencia pandémica, cada Parte debería evitar mantener unas existencias nacionales de productos de salud relacionados con las pandemias que superen innecesariamente las cantidades que se prevé se requerirán para la preparación y respuesta nacionales frente a pandemias.
7. Siempre que sea posible y apropiado, en el intercambio de productos de salud relacionados con las pandemias con países, organizaciones o cualquier mecanismo facilitado por la Red, cada Parte procurará: proporcionar un producto que no esté previamente asignado y vaya acompañado de los productos auxiliares necesarios, tenga un tiempo de conservación suficiente y esté en consonancia con las necesidades y capacidades de sus receptores; proporcionar a los destinatarios las fechas de vencimiento, la información sobre los productos auxiliares requeridos y otra información similar; coordinarse con las demás Partes y con cualquier mecanismo de acceso; y proporcionar el producto en grandes cantidades y de modo previsible.

Artículo 15. Enfoques que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad

1. Se alienta a las Partes a adoptar enfoques a nivel nacional que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad para, entre otras cosas, en función de las circunstancias nacionales, empoderar y habilitar a las comunidades a fin de que se impliquen en la disposición operativa y la resiliencia comunitarias en materia de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y de que contribuyan a ella.
2. Se insta a cada Parte a que establezca o refuerce un mecanismo nacional de coordinación multisectorial para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, y a que lo mantenga.
3. Cada Parte, teniendo en cuenta sus circunstancias nacionales:
 - a) promoverá y facilitará la participación efectiva y significativa de los Pueblos Indígenas, las comunidades, incluidas las comunidades locales, según proceda, y las partes interesadas pertinentes, en particular mediante la participación social, como parte de un enfoque que abarque a toda la sociedad en la planificación, la toma de decisiones, la aplicación, el monitoreo y la evaluación de políticas, estrategias y medidas, y les ofrecerá también oportunidades para que opinen al respecto; y
 - b) adoptará medidas apropiadas para mitigar los efectos socioeconómicos de las pandemias y fortalecer las políticas sociales y de salud pública nacionales, incluidas las relativas a la protección social, a fin de facilitar la respuesta rápida y resiliente a las pandemias, especialmente para las personas en situaciones de vulnerabilidad, entre otras cosas movilizando el capital social de las comunidades en pro del apoyo mutuo.
4. Cada Parte, de conformidad con el contexto nacional y/o interno, elaborará un plan o planes integrales, multisectoriales y, según proceda, de ámbito regional y nacional para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias que abarquen los periodos anterior y posterior a las pandemias y los periodos entre pandemias, de manera transparente, inclusiva y que promueva la colaboración con las partes interesadas pertinentes.
5. Cada Parte promoverá y facilitará, según proceda y de conformidad con la legislación y las políticas nacionales y/o internas, la formulación y aplicación de iniciativas y programas educativos y de participación comunitaria sobre las pandemias y las emergencias de salud pública, con la participación de las partes interesadas pertinentes de manera inclusiva y accesible, en particular para las personas en situaciones de vulnerabilidad.

Artículo 16. Comunicación y concienciación del público

1. Cada Parte, según proceda, adoptará medidas para mejorar los conocimientos de la población sobre ciencia, salud pública y pandemias, así como el acceso a información transparente, oportuna, precisa y basada en datos científicos y en la evidencia acerca de las pandemias y sus causas, sus efectos y los factores que las impulsan y acerca de la eficacia y la inocuidad de los productos de salud relacionados con las pandemias, en particular mediante la comunicación de riesgos y la participación efectiva de las comunidades.

2. Cada Parte, según proceda, llevará a cabo estudios y proporcionará información para orientar las políticas sobre los factores que dificultan o refuerzan el cumplimiento de las medidas sociales y de salud pública durante una pandemia y la confianza en la ciencia y en las instituciones, las autoridades y los organismos de salud pública.
3. En aplicación de los párrafos 1 y 2 del presente artículo, la Organización Mundial de la Salud, según proceda y previa solicitud, seguirá prestando apoyo técnico a las Partes y, en particular, a los países en desarrollo en materia de comunicación y sensibilización del público respecto de las medidas relacionadas con las pandemias.

Artículo 17. Cooperación internacional y apoyo a la aplicación

1. Las Partes cooperarán, directamente o a través de las organizaciones internacionales pertinentes, con sujeción a la legislación nacional/y o interna y a los recursos disponibles, para reforzar de manera sostenible las capacidades de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias de todas las Partes, en particular de las Partes que son países en desarrollo. Dicha cooperación incluirá, entre otras cosas, la promoción de la transferencia de tecnología en condiciones mutuamente acordadas,¹⁵ incluida la transferencia de conocimientos, competencias y experiencia técnica pertinentes, y el intercambio de conocimientos especializados de índole técnica, científica y jurídica, así como la asistencia financiera y el apoyo a fin de reforzar la capacidad de las Partes que carezcan de los medios y recursos para aplicar las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, y será facilitada, según proceda, por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con las organizaciones pertinentes a petición de la Parte, para cumplir las obligaciones dimanantes del presente Acuerdo.
2. Se prestará especial consideración a las necesidades y circunstancias específicas de las Partes que sean países en desarrollo, determinando y haciendo posible su acceso a los medios sostenibles y previsibles que sean necesarios para apoyar la aplicación de las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.
3. Las Partes colaborarán y cooperarán en materia de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias mediante el fortalecimiento y la potenciación de la cooperación entre los instrumentos y marcos jurídicos pertinentes, y las organizaciones y las partes interesadas pertinentes, según proceda, con el fin de alcanzar el objetivo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, al tiempo que coordinarán estrechamente dicho apoyo con el apoyo prestado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Artículo 18. Financiación sostenible

1. Las Partes reforzarán la financiación sostenible y previsible en la medida de lo posible, de manera inclusiva y transparente, para la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.
2. A este respecto, cada Parte, con sujeción a la legislación nacional y/o interna y los recursos disponibles, tendrá a bien:
 - a) mantener o incrementar la financiación interna, según sea necesario, para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias;

¹⁵ Véase la nota a pie de página 8.

- b) trabajar para movilizar recursos financieros adicionales a fin de apoyar a las Partes, en particular a las Partes que son países en desarrollo, en la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, entre otras cosas mediante subvenciones;
- c) promover, según proceda, en el marco de los mecanismos pertinentes de financiación bilaterales, regionales y/o multilaterales, medidas de financiación innovadoras, entre ellas planes transparentes de reprogramación financiera para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, destinadas, en particular, a las Partes que son países en desarrollo y padecen limitaciones fiscales; y
- d) fomentar una gobernanza y unos modelos operativos inclusivos y responsables de las entidades de financiación existentes para minimizar la carga sobre los países, ofrecer una mayor eficiencia y coherencia a escala, aumentar la transparencia y responder a las necesidades y prioridades nacionales de los países en desarrollo.

3. En virtud del presente artículo se establece un «Mecanismo Financiero de Coordinación» (en adelante, «el Mecanismo») para promover una financiación sostenible para la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, con el fin de apoyar el refuerzo y la ampliación de las capacidades de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y contribuir a la pronta disponibilidad de la respuesta financiera de emergencia necesaria desde el día cero, en particular en las Partes que son países en desarrollo. El Mecanismo Financiero de Coordinación establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se utilizará como mecanismo al servicio de la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, de un modo que determinará la Conferencia de las Partes. A este respecto, y a los efectos de la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias:

- a) el Mecanismo funcionará bajo la autoridad y orientación de la Conferencia de las Partes y rendirá cuentas ante esta;
- b) el funcionamiento del Mecanismo podrá ser apoyado por una o más entidades internacionales que serán seleccionadas por la Conferencia de las Partes. La Conferencia de las Partes podrá adoptar los acuerdos de trabajo necesarios con otras entidades internacionales; y
- c) la Conferencia de las Partes adoptará por consenso el mandato del Mecanismo y las modalidades para su puesta en funcionamiento y su gobernanza en relación con la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, en un plazo de 12 meses a partir de la entrada en vigor del Acuerdo sobre Pandemias de la OMS.

4. Al hacer efectivo el párrafo 3 del presente artículo, la Conferencia de las Partes pedirá al Mecanismo que, entre otras cosas:

- a) realice análisis pertinentes de las necesidades y carencias para respaldar la toma de decisiones estratégicas y elabore cada cinco años una estrategia financiera y de aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, que presentará a la Conferencia de las Partes para su consideración;
- b) promueva la armonización, la coherencia y la coordinación para financiar la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias y las capacidades relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

- c) identifique todas las fuentes de financiación disponibles a los fines de respaldar la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, y mantenga un inventario de esas fuentes e información conexas y de los fondos asignados a los países con cargo a esas fuentes;
- d) proporcione asesoramiento y apoyo a las Partes que lo soliciten en la identificación y solicitud de recursos financieros para fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias; y
- e) recaude contribuciones monetarias voluntarias para organizaciones y otras entidades que respalden la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, contribuciones que estarán libres de conflictos de intereses y procederán de partes interesadas pertinentes, en particular aquellas que operan en sectores que se benefician de la labor internacional destinada a fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

5. La Conferencia de las Partes adoptará las medidas apropiadas para dar efecto al presente artículo, incluida la posibilidad de explorar recursos financieros adicionales para apoyar la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias mediante todas las fuentes de financiación, nuevas y ya existentes, incluidas fuentes innovadoras y aquellas distintas de la asistencia oficial para el desarrollo.

6. La Conferencia de las Partes considerará periódicamente, según proceda, la estrategia financiera y de aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias a que se hace referencia en el subpárrafo 4 a) del presente artículo. Las Partes tratarán de alinearse con dicha estrategia, según proceda, cuando presten apoyo financiero externo para reforzar la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

Capítulo III. Mecanismos institucionales y disposiciones finales

Artículo 19. Conferencia de las Partes

1. Por el presente artículo queda establecida una Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes hará periódicamente un balance de la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y revisará su funcionamiento cada cinco años, y tomará las decisiones necesarias para promover su aplicación efectiva. A tal fin, adoptará medidas, según proceda, para alcanzar el objetivo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, entre otras cosas colaborando con el Comité de los Estados Partes para la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
3. La Organización Mundial de la Salud convocará la primera reunión de la Conferencia de las Partes a más tardar un año después de la entrada en vigor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. En su primera reunión, la Conferencia de las Partes determinará el lugar y el calendario de las siguientes reuniones ordinarias.
4. La Conferencia de las Partes podrá establecer órganos subsidiarios y determinar los términos y las modalidades de dichos órganos, así como decidir la delegación de funciones en órganos establecidos en virtud de otros acuerdos adoptados con arreglo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, según estime apropiado.
5. En su segunda reunión, la Conferencia de las Partes examinará y aprobará el establecimiento de un mecanismo para facilitar y reforzar la aplicación efectiva de las disposiciones del Acuerdo de

la OMS sobre Pandemias. Al hacerlo, la Conferencia de las Partes podrá tener en cuenta otros mecanismos pertinentes, incluidos los previstos en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

6. Este mecanismo:

- a) tendrá carácter facilitador y funcionará de forma transparente, cooperativa, no contenciosa y no punitiva y teniendo en cuenta las respectivas circunstancias nacionales;
- b) examinará los informes a que se hace referencia en el artículo 21.1 y formulará recomendaciones no vinculantes, entre otras cosas sobre el apoyo que se ha de prestar a una Parte para facilitar la aplicación;
- c) funcionará de conformidad con el reglamento interior/mandato adoptado por consenso por la Conferencia de las Partes en su segunda reunión; y
- d) informará periódicamente a la Conferencia de las Partes.

7. Se celebrarán reuniones extraordinarias de la Conferencia de las Partes en cualquier otro momento que la Conferencia de las Partes estime necesario o cuando alguna de las Partes lo solicite por escrito, siempre que, dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que la Secretaría comunique por escrito la solicitud a las Partes, dicha solicitud reciba el apoyo de al menos un tercio de las Partes. Esas reuniones extraordinarias se podrán convocar en el nivel de jefes de Estado o de Gobierno.

8. En su primera reunión, la Conferencia de las Partes adoptará por consenso su reglamento interior y sus criterios para la participación de observadores en sus procedimientos.

9. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso su reglamento financiero, que será aplicable a cualquier órgano subsidiario que establezca, y considerará a tal fin el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera de la Organización Mundial de la Salud. Adoptará por consenso un presupuesto para cada ejercicio financiero.

Artículo 20. Derecho de voto

3. Cada Parte en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias tendrá un voto, salvo lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo.

4. Una organización de integración económica regional que sea Parte en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, en los asuntos de su competencia, ejercerá su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados Miembros que sean Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Dicha organización no ejercerá su derecho de voto si alguno de sus Estados Miembros ejerce el suyo, y viceversa.

Artículo 21. Presentación de informes a la Conferencia de las Partes

1. Cada Parte presentará informes periódicamente a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, sobre su aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. La Secretaría informará a la Conferencia de las Partes acerca de sus actividades con respecto a la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.

2. La Conferencia de las Partes determinará la información requerida, la frecuencia y el formato de los informes a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo.
3. La Conferencia de las Partes adoptará las medidas apropiadas necesarias para ayudar a las Partes que lo soliciten a cumplir las obligaciones que les correspondan en virtud del presente artículo, prestando especial atención a las necesidades de las Partes que son países en desarrollo.
4. La presentación de informes y el intercambio de información por las Partes previstos en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias estarán sujetos a la legislación nacional y/o interna, según proceda, relativa a la confidencialidad y la privacidad. Las Partes protegerán, según decidan de común acuerdo, toda información confidencial que se intercambie.
5. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 4 del presente artículo, la Secretaría publicará en línea los informes presentados de conformidad con el presente artículo.

Artículo 22. Secretaría

1. La Secretaría de la Organización Mundial de la Salud actuará como Secretaría del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y llevará a cabo las funciones que le atribuye el presente Acuerdo y las demás funciones que determine la Conferencia de las Partes. En el desempeño de estas funciones, la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, se encargará de la coordinación necesaria, según proceda, con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes y otros organismos pertinentes.
2. Nada de lo dispuesto en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias se interpretará en el sentido de que confiere a la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, incluido el Director General de la Organización Mundial de la Salud, autoridad alguna para dirigir, ordenar, alterar o prescribir de otro modo la legislación nacional y/o interna, según proceda, o las políticas de alguna de las Partes, o para ordenar o imponer de otro modo cualquier obligación de que las Partes adopten medidas específicas, tales como rechazar o aceptar viajeros, imponer mandatos sobre vacunación o medidas terapéuticas o diagnósticas o implementar confinamientos.

Artículo 23. Arreglo de controversias

1. En caso de que se produzca una controversia entre dos o más Partes acerca de la interpretación o la aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, las Partes concernidas tratarán de resolver la controversia por vía diplomática mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de su elección, por ejemplo, buenos oficios, mediación o conciliación. En caso de que no se llegue a una solución por los métodos antes mencionados, las Partes, si así lo acuerdan por escrito, podrán recurrir a un arbitraje conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Arbitraje de la Corte Permanente de Arbitraje (2012) o las normas que lo sucedan, a menos que las Partes en la controversia acuerden algo distinto.
2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán a las Partes en cualquier protocolo que se adopte en virtud del artículo 29 en el ámbito del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, a menos que en el protocolo se disponga otra cosa.

Artículo 24. Relación con otros acuerdos internacionales

1. La interpretación y aplicación del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias se guiarán por la Carta de las Naciones Unidas y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
2. Las Partes reconocen que el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y otros acuerdos internacionales pertinentes deberían interpretarse de forma que sean compatibles.
3. Las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias no afectarán a los derechos y obligaciones de cualquier Parte que se deriven de otros acuerdos e instrumentos jurídicos internacionales.

Artículo 25. Reservas

Podrán formularse reservas al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, salvo que sean incompatibles con el objeto y el propósito de dicho Acuerdo.

Artículo 26. Declaraciones y manifestaciones

1. Lo dispuesto en el artículo 25 no impedirá que, al firmar, ratificar, aprobar o aceptar el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, o al adherirse a él, un Estado o una organización de integración económica regional formulen declaraciones o manifestaciones, cualesquiera que sean su redacción y título, con miras, entre otras cosas, a la armonización de sus leyes y reglamentaciones con las disposiciones de dicho Acuerdo, a condición de que esas declaraciones o manifestaciones no tengan por objeto excluir o modificar los efectos jurídicos de las disposiciones del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias en lo que respecta a su aplicación en ese Estado u organización de integración económica regional.
2. El Depositario distribuirá a todas las Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias las declaraciones o manifestaciones que se formulen de conformidad con el presente artículo.

Artículo 27. Enmiendas

1. Cualquier Parte podrá proponer enmiendas al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, incluidos sus anexos, y dichas enmiendas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar enmiendas al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. La Secretaría comunicará a las Partes el texto de toda propuesta de enmienda al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias al menos seis meses antes de la reunión en que se proponga su adopción. La Secretaría también comunicará las propuestas de enmiendas a los signatarios del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y, a título informativo, al Depositario.
3. Las Partes harán todo lo posible para adoptar por consenso cualquier propuesta de enmienda al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Si se agotan todas las posibilidades de consenso sin haberse alcanzado un ningún acuerdo, la enmienda podrá adoptarse, como último recurso, por voto mayoritario de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la sesión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra. La Secretaría comunicará toda enmienda adoptada al Depositario, que la hará llegar a todas las Partes para su aceptación.

4. Los instrumentos de aceptación respecto de una enmienda se depositarán ante el Depositario. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo entrará en vigor, para las Partes que la hayan aceptado, al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido instrumentos de aceptación de por lo menos dos tercios de las Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias en la fecha de adopción de la enmienda.
5. Una enmienda entrará en vigor para cualquier otra Parte al nonagésimo día contado desde la fecha en que esa Parte haya depositado ante el Depositario el instrumento de aceptación de la enmienda en cuestión.
6. A los efectos del presente artículo, todo instrumento depositado por una organización de integración económica regional no se considerará adicional a los depositados por los Estados Miembros de esa organización.

Artículo 28. Anexos

1. Los anexos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias formarán parte integrante de este y, salvo que se disponga expresamente otra cosa, toda referencia al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias constituirá al mismo tiempo una referencia a cualquiera de sus anexos.
2. Los anexos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias que se propongan después de su entrada en vigor se propondrán, se adoptarán y entrarán en vigor de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 27.
3. No obstante lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, en el caso de los anexos de procedimiento o de carácter científico, técnico o administrativo, la Conferencia de las Partes podrá decidir que se aplique el siguiente procedimiento de aceptación y entrada en vigor:
 - a) Toda Parte que no acepte tal anexo o su enmienda notificará por escrito al Depositario su no aceptación en un plazo de seis meses desde la fecha de la comunicación de la adopción por el Depositario. El Depositario notificará sin demora a todas las Partes cualquier notificación de este tipo que reciba. Una Parte podrá en cualquier momento sustituir una notificación previa de no aceptación por una aceptación y, en tal caso, el anexo entrará en vigor para dicha Parte;
 - b) Al vencer el plazo de seis meses desde la fecha de la comunicación de la adopción por el Depositario, el anexo entrará en vigor para todas las Partes que no hayan efectuado una notificación de no aceptación de conformidad con lo dispuesto en el subpárrafo 3 a) de presente artículo.
4. El mismo procedimiento se aplicará a cualquier enmienda a dichos anexos de carácter procedimental, científico, técnico o administrativo.

Artículo 29. Protocolos

1. Cualquier Parte podrá proponer protocolos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Dichas propuestas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Para adoptar esos protocolos se aplicarán los términos establecidos en el artículo 27.3 para la toma de decisiones, *mutatis mutandis*.

3. La Secretaría comunicará a las Partes el texto de toda propuesta de protocolo al menos seis meses antes de la reunión de la Conferencia de las Partes en la que se proponga su adopción.
4. Solo las Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias podrán ser partes en un protocolo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.
5. Cualquier protocolo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias será vinculante solamente para las partes en el protocolo en cuestión. Solo las Partes en un protocolo podrán adoptar decisiones sobre asuntos exclusivamente relacionados con el protocolo en cuestión.
6. Cualquier protocolo del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias se interpretará de forma conjunta con el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, teniendo en cuenta el propósito del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y el de ese protocolo.
7. Las condiciones para la entrada en vigor de todo protocolo y el procedimiento de enmienda de todo protocolo se establecerán en el propio protocolo.

Artículo 30. Denuncia

1. En cualquier momento después de que hayan transcurrido dos años desde la fecha de entrada en vigor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias para una Parte, esa Parte podrá denunciar dicho Acuerdo mediante notificación por escrito al Depositario.
2. Dicha denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario reciba la notificación correspondiente, o en una fecha posterior si así se indica en la notificación.
3. La denuncia de una Parte no afectará en modo alguno al deber de cualquier Parte de cumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias a que, de conformidad con el derecho internacional, estuviera sujeta independientemente del presente Acuerdo.
4. Se considerará que toda Parte que denuncie el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias denuncia también cualquier protocolo en el que sea Parte, a menos que dicho protocolo requiera a sus Partes una denuncia formal de conformidad con las condiciones pertinentes en él establecidas.

Artículo 31. Firma

1. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias estará abierto a la firma de todos los Estados y de las organizaciones de integración económica regional.
2. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias estará abierto a la firma tras la adopción por la Asamblea de la Salud del anexo descrito en el artículo 12.2 de dicho Acuerdo en la Sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, y posteriormente en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, en las fechas que determine la Asamblea de la Salud.

Artículo 32. Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión

1. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y todo protocolo del mismo estarán sujetos a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión por todos los Estados y a la confirmación oficial o adhesión de las organizaciones de integración económica regional. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias quedará abierto a la adhesión a partir del día siguiente a la fecha en que quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión se depositarán ante el Depositario.
2. Toda organización de integración económica regional que pase a ser Parte en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias sin que ninguno de sus Estados Miembros lo sea quedará sujeta a todas las obligaciones que les correspondan en virtud de dicho Acuerdo o cualesquiera de sus protocolos. En el caso de que uno o más Estados Miembros de una organización de integración económica regional sean Partes en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, la organización de integración económica regional y sus Estados Miembros determinarán sus responsabilidades respectivas en el cumplimiento de las obligaciones que les correspondan en virtud de dicho Acuerdo. En esos casos, la organización de integración económica regional y sus Estados Miembros no estarán facultados para ejercer simultáneamente los derechos dimanantes del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.
3. Las organizaciones de integración económica regional declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o en sus instrumentos de adhesión, el alcance de su competencia con respecto a las cuestiones regidas por el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias y cualquiera de sus protocolos. Esas organizaciones informarán también de cualquier modificación sustancial en el alcance de su competencia al Depositario, quien a su vez informará al respecto a las Partes.

Artículo 33. Entrada en vigor

1. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias entrará en vigor al trigésimo día contado desde la fecha de depósito del sexagésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión ante el Depositario.
2. Para cada Estado que ratifique, acepte o apruebe el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias o se adhiera a él una vez satisfechas las condiciones para la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 del presente artículo, el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias entrará en vigor al trigésimo día contado desde la fecha de depósito del respectivo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.
3. Para cada organización de integración económica regional que deposite un instrumento de confirmación oficial o un instrumento de adhesión una vez satisfechas las condiciones para la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 del presente artículo, el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias entrará en vigor al trigésimo día contado desde la fecha de depósito de su instrumento de confirmación oficial o de adhesión.
4. A los efectos del presente artículo, todo instrumento depositado por una organización de integración económica regional no se considerará adicional a los depositados por los Estados Miembros de esa organización de integración económica regional.

Artículo 34. Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, y de las enmiendas al mismo y de cualesquiera protocolos y anexos adoptados de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias.

Artículo 35. Textos auténticos

El original del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará ante el Secretario General de las Naciones Unidas.

(Tercera sesión plenaria, 20 de mayo de 2025)

Anexo 2

Texto modificado del Estatuto del Personal¹

[EB156/50 Rev.1, anexo – 30 de enero de 2025]²

IX Cese

...

9.2 El Director General podrá rescindir el contrato de un miembro del personal con arreglo a las estipulaciones del nombramiento del miembro del personal cuando las necesidades del servicio exijan la supresión del puesto o una reducción de plantillas, cuando no resulten satisfactorios los servicios del miembro del personal, cuando el miembro del personal rechace una reasignación razonable o no se incorpore al puesto asignado, cuando, por motivos de salud, el miembro del personal se vea incapacitado para seguir desempeñando sus funciones o cuando salgan a la luz hechos que habrían impedido el nombramiento.

¹ Texto modificado con arreglo a la resolución WHA78.23 (2025).

² Véase también el documento A78/4.

Anexo 3

Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS¹

[A78/5, apéndice A del anexo – 6 de mayo de 2025]

- A. Principios y consideraciones fundamentales**
- B. Proceso**
- C. Establecimiento de un grupo de entidades de investigación externas**
- D. Disposiciones específicas**

A. Principios y consideraciones fundamentales

El proceso se ha elaborado a partir de los siguientes principios y consideraciones fundamentales,² en los que los Estados Miembros han confluído en el marco de las consultas iniciadas con el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión (CCEIS), a saber:

- a) la necesidad de garantizar la plena independencia del proceso de investigación, sin introducir politización ni interferencias en la realización ni en las conclusiones de la investigación;
- b) el hecho de que toda investigación debería ser realizada por una entidad independiente ajena a la Secretaría, con el fin de evitar cualquier conflicto de intereses real o percibido;
- c) la necesidad de garantizar las plenas garantías procesales para el Director General y mantener la confidencialidad y la protección de los derechos de todas las partes concernidas;
- d) la necesidad de garantizar la autoridad de los órganos deliberantes para tomar decisiones, en particular sobre la actuación en relación con las conclusiones fundamentadas de una investigación, manteniendo al mismo tiempo un equilibrio entre la confidencialidad del proceso y la transparencia; y

¹ Véase la decisión WHA78(8).

² Véase el párrafo 52 del anexo del documento EBPBAC38/2.

- e) el reconocimiento de que la investigación es una ciencia y una disciplina propia que ha de ser practicada por investigadores profesionales y basarse en sus orientaciones.

B. Proceso

B.1. Presentación de denuncias de presuntas conductas indebidas

1.1. Cualquier persona, independientemente de su relación con la OMS, puede presentar denuncias de posibles conductas indebidas relacionadas con el Director General.

1.2. Las denuncias pueden presentarse a través de la línea directa de la OMS para la protección de la integridad o de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS.³ Cualquier persona puede también presentar denuncias de presuntas conductas indebidas directamente a las Presidencias del CCEIS o del Consejo Ejecutivo, respectivamente. Además, toda persona que tenga el deber de denunciar las conductas indebidas, en especial cuando así lo exijan los marcos reglamentarios y normativos de la OMS, deberá denunciar cualquier presunta irregularidad, según proceda.

1.3. Sin desalentar a ninguna persona a presentar una denuncia, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna debería, en la medida de lo posible, velar por que las denuncias de presuntas conductas indebidas contengan información suficiente para que su admisión se pueda evaluar adecuadamente; dicha información deberá incluir lo siguiente:

- a) una descripción detallada de la presunta conducta indebida;
- b) las fechas y los lugares en que se produjo la presunta conducta indebida;
- c) los nombres de los posibles testigos de la presunta conducta indebida; y
- d) toda la documentación justificativa disponible.

1.4. Toda denuncia falsa de conducta indebida contra el Director General presentada a sabiendas y de manera deliberada por funcionarios de la OMS podría considerarse conducta indebida y tratarse como tal con arreglo al Estatuto del Personal y al Reglamento de Personal de la OMS. Toda denuncia falsa presentada por partes externas puede estar sujeta a acciones legales.

1.5. Estos procedimientos están diseñados en consonancia con el marco de rendición de cuentas de la OMS y con las políticas y protocolos aplicables al intercambio de información externa y la presentación de denuncias de conducta indebida. Ninguno de estos procedimientos impide que una persona denuncie una presunta actividad ilegal a las autoridades nacionales competentes, incluidos los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

1.6. Si el CCEIS o la entidad de investigación externa (EIE), según se define en la cláusula C.1, recomiendan la remisión a una autoridad nacional, el Asesor Jurídico de la OMS examinará la recomendación y determinará si dicha remisión procede. Si el caso se remite a una autoridad nacional, el Asesor Jurídico informará de ello a las respectivas Presidencias del CCEIS y del Consejo

³ Nota: a nivel interno, todas las conductas indebidas se comunican a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, ya sea directamente o a través de la línea directa para la protección de la integridad. Si se presenta una denuncia de conducta indebida a la Oficina de Ética de la OMS, al Departamento de Recursos Humanos de la OMS, a un supervisor o a cualquier otro funcionario de la OMS, estos están obligados a trasladar inmediatamente la denuncia a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna.

Ejecutivo, teniendo en cuenta que esa información es estrictamente confidencial a fin de salvaguardar la integridad de la investigación y el debido proceso.

B.2. Fase I del examen preliminar: admisión y determinación *prima facie*

2.1. Todas las denuncias recibidas a través de los canales de admisión previstos en la cláusula B.1.2 se comunicarán inmediatamente a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna. La Oficina de Servicios de Supervisión Interna comunicará inmediatamente a la Presidencia del CCEIS todas las denuncias que reciba.

2.2. La Dirección de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna registrará con prontitud todas las denuncias recibidas y, sin demora, llevará a cabo una determinación *prima facie*⁴ para decidir si está justificado un análisis ulterior.

2.3. Si en una determinación *prima facie* a cargo de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna se constata que la denuncia, tal como se ha presentado, no justifica un análisis ulterior, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna cerrará el caso con prontitud, informará de la determinación a la Presidencia del CCEIS y notificará al denunciante la decisión de cerrar el caso.

2.4. Si una determinación *prima facie* de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna concluye que está justificado un análisis ulterior, este corre a cargo de una EIE.

2.5. El CCEIS incluirá un resumen estadístico de los casos cerrados en los informes que presenta periódicamente al Comité de Programa, Presupuesto y Administración, en el que figurará:

- a) el número total de denuncias recibidas;
- b) el número de denuncias cerradas en cada etapa; y
- c) el tipo de conducta indebida denunciada.

La presentación de esos informes debería evitar toda notificación prematura con respecto a la aplicación del proceso según las cláusulas B.3.7, B.3.9. o B.4.2. *infra*.

B.3. Fase II del examen preliminar: análisis ulterior

3.1. Después de una determinación *prima facie* de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna en la que se indique que está justificado un análisis ulterior de la denuncia, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna 1) notificará el hecho a la Mesa del Consejo Ejecutivo (Presidencia, Vicepresidencia y Relator); 2) notificará el hecho a la Presidencia del CCEIS; y 3) transmitirá la denuncia, junto con toda la documentación justificativa y los fundamentos de la determinación *prima facie* de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, a una EIE elegida de un grupo de EIE según lo dispuesto en el capítulo C *infra*, para su análisis ulterior.

⁴ El criterio para la determinación *prima facie* se basará en los procedimientos aplicados a las denuncias de conducta indebida relacionadas con el personal de la OMS, en la medida en que sean aplicables al Director General, es decir, en consonancia con las condiciones de empleo del Director General, y si la información presentada es suficiente para considerar creíble la denuncia.

3.2. Selección de entre el grupo de EIE. La EIE elegida para trabajar en una denuncia determinada debería ser la más apropiada para abordar la naturaleza de la presunta conducta indebida. La Oficina de Servicios de Supervisión Interna elegirá una única entidad del grupo según la siguiente secuencia de criterios (evaluados en el momento de la denuncia).

- a) **Criterios esenciales.** Deben cumplirse todos.
 - i) La entidad seleccionada debe declarar que tiene capacidad suficiente para realizar y concluir una investigación de conducta indebida contra el Director General de la OMS.
 - ii) La entidad seleccionada debe declarar que sigue sin tener ningún conflicto de intereses real o percibido por participar en una investigación del Director General de la OMS o de la OMS como organización (evaluado anteriormente cuando la entidad se añadió al grupo).
 - iii) La persona responsable de la entidad no debe estar, a su vez, siendo objeto de investigación.
 - iv) La OMS no debe estar participando en ninguna investigación de la jefatura ejecutiva del organismo al que corresponde la entidad.
- b) **Criterios deseables.** Si más de una entidad del grupo cumple los criterios esenciales, se dará prioridad a las entidades que satisfagan el mayor número de los criterios deseables siguientes.
 - i) La entidad, según la declaración de su jefatura, cuenta con personal con conocimientos especializados en relación con el tipo de conducta indebida objeto de la denuncia.
 - ii) La entidad, según la declaración de su jefatura, cuenta con personal cuyas habilidades de investigación son particularmente relevantes para el tipo de conducta indebida.
 - iii) La entidad, según la declaración de su jefatura, cuenta con personal con experiencia en la realización de investigaciones sobre este tipo de conducta indebida.
 - iv) La entidad no está llevando a cabo investigaciones sobre la jefatura ejecutiva de ninguna otra entidad de las Naciones Unidas.
 - v) La jefatura de la EIE (según su propia declaración) no ha trabajado para la OMS durante el mandato del Director General en ejercicio, ni para esa misma persona en el desempeño de cualquier otra función.
- c) Si durante la selección, basada en todos los criterios anteriormente mencionados, se obtiene como resultado dos o más candidatas igualmente adecuadas, la Secretaría de la OMS reducirá aún más esa preselección para encontrar la mejor candidata sobre la base de la disponibilidad, la eficiencia, la calidad y el uso óptimo de los recursos.

3.3. Si, en algún momento, una EIE no puede continuar sus tareas de investigación, dicha entidad debería comunicar este hecho a la Presidencia del CCEIS. Si la Presidencia del CCEIS considera que es necesaria una nueva entidad de investigación, informará de ello a la Mesa del Consejo Ejecutivo y

recomendará a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna que realice una nueva elección de entre el grupo de EIE, con arreglo al procedimiento establecido en la cláusula B.3.2. A continuación, la entidad inicial transferirá el caso a la segunda EIE, junto con toda la documentación pertinente.

3.4. Una vez que la Oficina de Servicios de Supervisión Interna haya seleccionado una EIE del grupo, y antes de que dicha entidad comience a prestar sus servicios en relación con la denuncia en cuestión, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna presentará a la Presidencia del CCEIS un informe en el que se describirán las medidas adoptadas para decidir la elección de esa entidad, con información detallada sobre qué entidades se eliminaron y en qué fase.

Si la Presidencia del CCEIS considera que los criterios no se aplicaron como se describe en estos procedimientos, la Presidencia del CCEIS puede solicitar a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna que aplique correctamente los criterios. En tal caso, la Presidencia del CCEIS informaría de la solicitud al Consejo Ejecutivo de inmediato.

En los informes que el CCEIS presenta periódicamente al Comité de Programa, Presupuesto y Administración también se incluirán estadísticas resumidas del número de veces que la Presidencia del CCEIS ha formulado una solicitud de esa índole a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, con respecto a los casos ya cerrados en el momento de elaborar dicho informe.

3.5. La EIE seleccionada estará facultada exclusivamente para recopilar y evaluar toda la información que considere pertinente para la denuncia o denuncias, incluida la procedente de entidades relacionadas con la OMS, como el CCEIS.

En un plazo de tres semanas naturales, la entidad llevará a cabo un análisis ulterior para determinar si se justifica una investigación completa.

Si la entidad concluye que no ha podido recopilar información suficiente dentro del plazo asignado, informará a la Presidencia del CCEIS de que necesita más tiempo, especificando un periodo de prórroga de tres semanas naturales como máximo.

La Presidencia del CCEIS registrará cada prórroga y, una vez que el caso pertinente se haya cerrado o concluido, incluirá cada prórroga del periodo de examen preliminar en sus informes de presentación periódica al Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

3.6. Los factores para determinar si una denuncia justifica la realización de una investigación completa serán los que figuran en los procedimientos de investigación de la OMS y en cualquier disposición aplicable de los Principios y Directrices Uniformes para las Investigaciones⁵ u otras disposiciones aplicables a tales efectos a las investigaciones del personal de la OMS, en la medida en que puedan aplicarse razonablemente al Director General.

3.7. El CCEIS evaluará si el proceso llevado a cabo por la EIE (para determinar si se debe cerrar un caso o proceder a una investigación completa, incluida la determinación de los hechos y la recopilación de pruebas) fue coherente con los procedimientos de investigación de la OMS y las disposiciones aplicables de los Principios y Directrices Uniformes para las Investigaciones. Si el CCEIS detectase alguna deficiencia o incoherencia en el proceso, proporcionaría detalles de esta evaluación a la EIE para que esta les ponga solución y, si es necesario, informe de cualquier

⁵ Principios y Directrices Uniformes para las Investigaciones, segunda edición (en inglés). Conferencia de Investigadores Internacionales (2009) (consultado el 22 de noviembre de 2024).

conclusión nueva o modificada al CCEIS. El CCEIS evaluaría también la necesidad de que la OMS adopte medidas de gestión internas (véase la cláusula B.4.1).

3.8. Sin perjuicio de los requisitos en materia de presentación de informes previstos en la cláusula B.3.7, la EIE respetará en todo momento el carácter estrictamente confidencial de la información que reciba en relación con el examen preliminar.

3.9. En el caso de que *a)* en el examen preliminar de la EIE se determine que no se justifica una investigación completa y *b)* el CCEIS confirme en su evaluación que se ha seguido el debido procedimiento de investigación, el caso se cerrará. Los informes que el CCEIS presenta periódicamente al Comité de Programa, Presupuesto y Administración incluirán una entrada detallada por caso, independiente de las estadísticas resumidas, en la que se indicará la fecha en que se presentó la denuncia, la fecha en que se cerró el caso y el tipo de conducta indebida denunciada.

3.10. En el caso de que *a)* en el examen preliminar de la EIE se determine que está justificada una investigación completa y *b)* el CCEIS confirme en su evaluación que se ha seguido el debido procedimiento de investigación y recomiende que se pase a la etapa de investigación completa, la Presidencia del CCEIS presentará el resumen del examen preliminar de la EIE y la evaluación y recomendación del CCEIS a la Mesa del Consejo Ejecutivo.⁶

3.11. En el caso de que *a)* en el examen preliminar de la EIE se determine que está justificada una investigación completa y *b)* el CCEIS confirme en su evaluación que se ha seguido el debido procedimiento de investigación y recomiende que se pase a la etapa de investigación completa, el caso pasará a ser sometido a una investigación completa a menos de que la Mesa del Consejo exprese una grave preocupación por la forma en que se ha realizado el examen preliminar y la evaluación del CCEIS y recomiende al Consejo Ejecutivo no pasar a la fase de investigación completa, de conformidad con la cláusula B.3.12.

3.12. En el caso de que *a)* la EIE determine que está justificada una investigación completa, *b)* el CCEIS confirme en su evaluación que se ha seguido el debido procedimiento de investigación y recomiende pasar a la etapa de investigación completa y *c)* la Mesa del Consejo haya expresado una grave preocupación sobre el examen preliminar de la EIE y la evaluación y recomendación del CCEIS, la Mesa del Consejo podrá recomendar al Consejo Ejecutivo no pasar a la fase de investigación completa. Esta recomendación se realizará por consenso y con todos los asistentes presentes (seis personas).⁷ En el caso de que no se llegue a un consenso, la decisión se tomará por una mayoría de dos tercios (siguiendo lo dispuesto en el artículo 49 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo). Se recurrirá a una votación secreta. La Mesa del Consejo expondrá y presentará en un documento su justificación y recomendación de no pasar a la etapa de investigación completa para que el Consejo Ejecutivo lo examine en una reunión restringida.

⁶ Si se necesitan aclaraciones, la Mesa del Consejo se comunicará con la Presidencia del CCEIS, y con la entidad de investigación externa por conducto de la Presidencia del CCEIS, según proceda.

⁷ En vista del carácter delicado del caso, no se considerará a los suplentes como asistentes.

3.13. Se convocará sin demora una reunión restringida del Consejo Ejecutivo⁸ para que el Consejo decida por consenso si procede seguir la recomendación de la Mesa del Consejo y cerrar el caso. La reunión restringida se organizará de manera que se garanticen las debidas garantías procesales, se protejan los derechos de todos los concernidos, incluido el Director General, y se garantice la no interferencia en el proceso.⁹ En el caso de que no se llegue a un consenso, la decisión se tomará por una mayoría de dos tercios siguiendo lo dispuesto en el artículo 49 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo. Se recurrirá a una votación secreta. Si no se llega a un consenso ni se alcanza una mayoría de dos tercios para seguir la recomendación de la Mesa del Consejo y cerrar el caso, el caso pasará a la etapa de investigación completa. La Presidencia del Consejo Ejecutivo puede solicitar a la Presidencia del CCEIS que participe en la reunión restringida.

3.14. Los resultados de la decisión se recogerán en el informe que el CCEIS presenta periódicamente al Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

3.15. La Mesa del Consejo, en consulta con la Presidencia del CCEIS, decidirá cuándo se informará al Director General de una investigación pendiente.

B.4. Medidas provisionales

4.1. Si en el examen preliminar se determina que está justificado realizar una investigación completa, la Presidencia del CCEIS puede,¹⁰ en función de la naturaleza de la denuncia o denuncias, recomendar a la Mesa del Consejo que aplique medidas provisionales, entre las que podría figurar imponer una licencia administrativa al Director General, con o sin goce de sueldo, u otras medidas, según se considere necesario en caso de que el Director General continuase ejerciendo sus funciones. Los factores que deben considerarse en tales casos pueden ser:

- a) la preservación de la integridad de la investigación;
- b) la protección del personal, incluido denunciante o los posibles testigos o
- c) el riesgo de que la continuación del ejercicio de sus funciones tuviera consecuencias negativas importantes o planteara un grave riesgo real o percibido para la reputación de la Organización.

4.2. Si la Mesa del Consejo Ejecutivo decide, de conformidad con la cláusula B.4.1 (opcionalmente en consulta con todos los miembros del Consejo Ejecutivo, si considera que dicha divulgación no entrañaría el riesgo de interferencia en la realización de la investigación completa), aplicar cualquier medida provisional, se aplicaría uno de los dos cursos de acción siguientes en lugar de los previstos en la cláusula B.3.15.

- a) Si entre las medidas provisionales no figura imponer una licencia administrativa al Director General, la Presidencia del Consejo Ejecutivo informará a la Presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud y al Director General de la investigación pendiente y de dichas medidas provisionales, teniendo en cuenta cuidadosamente las consecuencias que ello podría tener en la realización de la investigación completa.

⁸ A los efectos de los presentes procedimientos, será necesario modificar el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo para autorizar a la Presidencia de este órgano a convocar una reunión restringida del Consejo Ejecutivo.

⁹ Es decir, documentos que sea necesario conocer, firma de acuerdos de confidencialidad, etc.

¹⁰ Véase la cláusula B.3.7.

b) Si entre las medidas provisionales figura imponer una licencia administrativa al Director General, la Presidencia del Consejo Ejecutivo informará a la Presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud y al Director General de la investigación pendiente y de dichas medidas provisionales.

La Mesa del Consejo, basándose en el asesoramiento de la Presidencia del CCEIS y del Asesor Jurídico previa solicitud, decidirá si informa, y de qué manera, a todos los miembros del Consejo Ejecutivo, a todos los Estados Miembros o a ninguno de ellos, teniendo en cuenta cuidadosamente las consecuencias que ello podría tener en la realización de la investigación completa.

B.5. Investigación completa

5.1. Dentro de una determinada EIE, no se permitirá que el personal de investigación que participa en la realización de un examen preliminar lleve también a cabo una investigación completa posterior. Si una entidad no puede llevar a cabo una investigación completa cumpliendo este requisito, se llevará a cabo el proceso descrito en la cláusula B.3.3 para encontrar una EIE que la sustituya.

5.2. La EIE tendrá acceso directo y rápido a todos los registros, documentos u otra información que estén bajo el control de la Organización, excepto a los registros confidenciales custodiados por los mecanismos de supervisión independiente interna de la OMS¹¹ y la Oficina del Asesor Jurídico obtenidos en cumplimiento de las funciones oficiales de estos mecanismos, de conformidad con sus requisitos de independencia y confidencialidad vigentes.

5.3. El Director General y todo miembro del personal de la OMS que posea información de interés para una investigación debidamente autorizada deberán cooperar plenamente con la EIE cuando esta así se lo solicite. La falta de cooperación puede considerarse como una conducta indebida.

5.4. Cuando proceda, la documentación obtenida de autoridades nacionales o de organizaciones o personas externas podrá formar parte del informe de investigación.

5.5. Los investigadores informarán de sus resultados y conclusiones directamente a la Presidencia del CCEIS, para que este lleve a cabo una evaluación del control de calidad.

B.6. Informe de investigación: medidas iniciales

6.1. La Presidencia del CCEIS informará a la Mesa del Consejo de las conclusiones de la investigación y le hará llegar el informe de investigación, junto con las observaciones y las recomendaciones del CCEIS, lo que incluirá una evaluación de si el proceso emprendido por la EIE para determinar si la denuncia estaba fundamentada se llevó a cabo de conformidad con los procedimientos de investigación de la OMS y las disposiciones aplicables de los Principios y Directrices Uniformes para las Investigaciones.

Una vez recibido el informe de investigación, la Mesa del Consejo examinará todos estos materiales y decidirá si se cierra el caso o se inicia un procedimiento disciplinario. La Mesa del Consejo podrá solicitar asesoramiento al CCEIS en relación con las conclusiones.

¹¹ Las oficinas a las que se hace referencia en esta sección son la Oficina de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética y la Oficina de Servicios de Supervisión Interna.

6.2. En caso de que la Mesa del Consejo decida cerrar el caso, esta documentará su decisión y fundamentos. El CCEIS incluirá el cierre del caso en su informe de presentación periódica al Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

6.3. Si la Mesa del Consejo Ejecutivo decide iniciar un procedimiento disciplinario, la Presidencia del Consejo Ejecutivo lo pondrá en marcha (mediante una carta que contenga los cargos) para notificar al Director General los cargos, de conformidad con el párrafo 1130 del Reglamento de Personal, y concederá ocho días naturales para la presentación de una respuesta por escrito.

B.7. Proceso posterior a la investigación

7.1. Una vez recibida la respuesta a los cargos, la Presidencia del Consejo Ejecutivo comunicará las conclusiones y la respuesta del Director General a todos los miembros del Consejo Ejecutivo en una reunión restringida del Consejo, ya sea ordinaria o extraordinaria, normalmente a más tardar 30 días naturales después de la recepción de la respuesta del Director General a los cargos, respetando las disposiciones pertinentes del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo. El Consejo Ejecutivo podrá solicitar asesoramiento al CCEIS en relación con las conclusiones. El Consejo Ejecutivo también podrá solicitar asesoramiento a la Secretaría por conducto de un equipo especial de la OMS asignado a tal fin, como se indica en el capítulo D.

7.2. El Consejo Ejecutivo, una vez recibido el informe de investigación y la respuesta del Director General a los cargos, recomendará a la Asamblea de la Salud que decida si se ha acreditado la existencia de una conducta indebida y, en caso afirmativo, si procede aplicar cualquier medida disciplinaria prevista en las condiciones de empleo del Director General, medidas que podrían incluir la rescisión del contrato.

7.3. La Asamblea de la Salud, en una reunión ordinaria o extraordinaria, ofrecerá al Director General la oportunidad de responder personalmente a los cargos en una sesión privada, además de cualquier respuesta por escrito que se haya proporcionado previamente, a la mayor brevedad posible.

7.4. Sobre la base del informe de la investigación completa,¹² toda la documentación justificativa y las respuestas del Director General, la Asamblea de la Salud decidirá si se ha acreditado la existencia de una falta de conducta y, en caso afirmativo, cuáles serían las medidas disciplinarias y/o administrativas apropiadas aplicables.

7.5. La Presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud informará oficialmente, sin demora y por escrito al Director General de las medidas que se hayan decidido, con copia a la Presidencia del Consejo Ejecutivo, la Presidencia del CCEIS, el Director o Directores Generales Adjuntos de la OMS y el Jefe de Gabinete.

7.6. Toda la información examinada, comunicada o elaborada en virtud de este proceso es estrictamente confidencial y solo podrá divulgarse de conformidad con las directrices pertinentes establecidas en el presente documento. Las denuncias y la información conexa comunicadas o examinadas de conformidad con este proceso se tratarán con la máxima confidencialidad en cada etapa, lo que incluye cualquier decisión o medida comunicada por la Presidencia de la Asamblea de la Salud. Este deber de confidencialidad se aplica sin excepción a los miembros del personal,

¹² El Consejo Ejecutivo, en consulta con la Oficina del Asesor Jurídico y el CCEIS, podrá suprimir información del informe cuando sea estrictamente necesario para proteger la confidencialidad de las personas a las que se hace referencia en él.

otros empleados de la Organización, los miembros de los órganos consultivos o de investigación, los Estados Miembros y cualquier persona que participe en reuniones, comunicaciones o medidas posteriores derivadas del proceso. Solo las personas u organismos autorizados, tal como se definen en el proceso, podrán acceder a la información pertinente para garantizar el cumplimiento de los requisitos de confidencialidad en todas las etapas del proceso.

7.7. La Asamblea de Salud estará facultada para solicitar la recuperación de cualquier pérdida financiera sufrida por la Organización, de conformidad con el párrafo 1112 del Reglamento de Personal.

B.8. Apelaciones

8.1. El Director General solo puede impugnar una decisión de la Asamblea de la Salud frente al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con el párrafo 1240 del Reglamento de Personal de la OMS y lo dispuesto en el Estatuto del Tribunal.¹³

C. Establecimiento de un grupo de entidades de investigación externas

1. Las entidades de investigación externas deben cumplir los siguientes criterios para poder ser incluidas en el grupo.

- a) La entidad será la función de investigación de la oficina de supervisión interna de una entidad de las Naciones Unidas, como la función de investigación interna de otro organismo especializado de las Naciones Unidas o de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de las Naciones Unidas.
- b) La entidad no tendrá ningún conflicto de intereses real o percibido al participar en una investigación del Director General de la OMS o de la OMS como organización.
- c) La entidad deberá haber celebrado un memorando de entendimiento con la OMS antes de recibir la denuncia que requiera investigación. En este memorando deberían figurar, entre otras cosas, los servicios de investigación que se realizarán, las obligaciones de la entidad en materia de presentación de informes, los plazos de investigación y presentación de informes requeridos, el acceso a asesoramiento jurídico y a un control de calidad internos por parte de la EIE y los requisitos de confidencialidad, según lo dispuesto en estos procedimientos.
- d) La entidad se comprometerá y será capaz de mantener estrictas normas de confidencialidad.

2. El CCEIS examinará la idoneidad de una EIE potencial y del memorando de entendimiento pertinente y proporcionará asesoramiento al respecto para garantizar su conformidad con las presentes disposiciones.

3. La Dirección de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna debería buscar oportunidades para maximizar el tamaño del grupo de EIE con arreglo a los criterios especificados y mantener una lista actualizada de dicho grupo, además de informar al Consejo Ejecutivo sobre cualquier cambio en la lista (explicando cualquier adición o supresión).

¹³ No será de aplicación el recurso a los párrafos 1225 (revisión administrativa) y 1230 (Junta Mundial de Apelación) del Reglamento de Personal, ni al Comité Consultivo Mundial de la OMS sobre Denuncias Formales de Conductas Abusivas, puesto que el Director General es el responsable de esos mecanismos.

D. Disposiciones específicas

1. Este proceso está sujeto al Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo y al Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de Salud.¹⁴
2. De conformidad con la Política de Prevención y Lucha contra las Represalias de la OMS,¹⁵ todo el personal de la OMS estará protegido contra cualquier forma de represalia en relación con cualquier actividad descrita en estos procedimientos.
3. La Presidencia del CCEIS proporcionará la información actualizada sobre el estado del proceso que solicite el Consejo Ejecutivo.
4. Todos los documentos proporcionados al Consejo Ejecutivo —lo que incluye a su Mesa— y a la Asamblea de la Salud para ayudarlos a fundamentar sus decisiones se transmiten de forma estrictamente confidencial y únicamente están disponibles en formato electrónico y en su versión original en inglés.
5. La Secretaría, en colaboración con el CCEIS, puede seguir elaborando procesos o instrumentos internos que faciliten la aplicación de estos procedimientos fomentando una mayor claridad y eficacia. Dichos procesos o instrumentos deben ser coherentes con los procedimientos acordados en el presente documento, así como con todos los marcos normativos y reglamentarios de la OMS aplicables. Estos procesos o instrumentos pueden incluir, entre otras cosas:
 - a) los criterios probatorios apropiados para imponer medidas disciplinarias disponibles, incluida la destitución;
 - b) plantillas básicas de memorandos de entendimiento con EIE y de mandatos para el examen preliminar y para la investigación completa que debe realizar una EIE;
 - c) intervalos de tiempo indicativos, según sea necesario, entre otras cosas para realizar investigaciones completas;
 - d) disposiciones adicionales de confidencialidad, según sea necesario;
 - e) procesos y mecanismos de apoyo de la Secretaría, incluida la búsqueda y contratación de entidades de investigación (de conformidad con los marcos normativos y reglamentarios de la OMS);
 - f) apoyo al Consejo Ejecutivo a la hora de estudiar las posibles enmiendas a la composición o al mandato del CCEIS que puedan ser necesarias para garantizar que el CCEIS cuente con el conjunto de competencias adecuado para llevar a cabo evaluaciones de los procesos de investigación, tal y como se describe en el capítulo B;

¹⁴ A los efectos de este proceso, será necesario modificar el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo para autorizar a la Presidencia de este órgano a convocar una reunión restringida del Consejo Ejecutivo. Las funciones asignadas a la Mesa del Consejo Ejecutivo se confirman mediante la adopción de este proceso, y su mandato se actualizará en consecuencia.

¹⁵ Política de Prevención y Lucha contra las Represalias de la OMS: [eManual III.11.5](#) (en inglés), en vigor desde el 1 de julio de 2023 (consultado el 14 de febrero de 2025).

- g) asunción adecuada por parte de personal experimentado y autorizado de las responsabilidades de lucha contra las represalias que de otro modo asumiría el Director General, de conformidad con la Política de Prevención y Lucha contra las Represalias, según se describe en la cláusula D.2;
- h) medidas adicionales para ofrecer y prestar apoyo a supervivientes, víctimas y denunciantes, según proceda;
- i) un equipo especial de la OMS compuesto por personas expertas, adscritas temporalmente según sea necesario y apropiado desde la Secretaría (por ejemplo, de sus unidades de recursos humanos, asuntos jurídicos o ética), para prestar apoyo al Consejo Ejecutivo y a su Mesa, así como al CCEIS y a su Presidencia; y
- j) apoyo al Consejo Ejecutivo en la formulación de cualesquiera disposiciones adicionales en materia de licencias administrativas que sean necesarias para aplicar las medidas provisionales pertinentes previstas en las cláusulas B.4.1 y B.4.2 de estos procedimientos, en caso de que excedan los marcos normativos y reglamentarios vigentes de la OMS y requirieran revisión y aprobación por el Consejo Ejecutivo.

6. La Secretaría de la OMS actualizará los proyectos de contratos de trabajo de los Directores Generales de la OMS de conformidad con el presente documento para que el Consejo Ejecutivo los examine y formule recomendaciones al respecto y para su aprobación final por la Asamblea de la Salud.

Anexo 4

Procedimiento para corregir errores en el texto del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

[EB156/40, párrafos 6 a 8 - 27 de enero de 2025]

[En los párrafos 1 a 5 se recogían los antecedentes y el proceso consultivo para la elaboración del procedimiento de corrección.]

6. [Con arreglo a la decisión WHA78(24)], la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud [adoptó el siguiente] procedimiento de corrección para subsanar los errores detectados en el texto del [Reglamento Sanitario Internacional (2005)].

7. El procedimiento, que está en consonancia con la práctica de las Naciones Unidas en materia de tratados multilaterales,² se [aplica] a los errores en el [Reglamento] ya detectados durante el proceso, así como a los errores de la siguiente naturaleza que puedan detectarse en el futuro en el texto del [Reglamento] o en cualquier enmienda al mismo: errores tipográficos, ortográficos, de puntuación o de numeración o errores de traducción en cualquiera de las seis versiones lingüísticas o incoherencias entre las seis versiones lingüísticas que puedan ser detectados por la Secretaría o uno o más Estados Partes.

8. El procedimiento de corrección [consta] de las siguientes etapas.

a) El Director General [remite] un acta de rectificación a todos los Estados Partes en el [Reglamento]. En el acta se [especifica] la fecha para la recepción de cualquier objeción que pudieran formular los Estados Partes a las correcciones propuestas. Esta fecha se fijaría en 90 días después del envío del acta.

b) Las objeciones (si las hubiere) tendrían que comunicarse por escrito, remitirse al Director General y recibirse antes de la fecha fijada; las objeciones recibidas después de la fecha fijada se considerarían no admisibles.

¹ Véase la decisión WHA78(24).

² En el artículo 79 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (apertura a firma: Viena, 23 de mayo de 1969; entrada en vigor: 27 de enero de 1980. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1155, págs. 351 y 352) se aborda el tema de la corrección de errores en textos o en copias certificadas de los tratados. El Secretario General de las Naciones Unidas, en su calidad de depositario de los tratados multilaterales, ha establecido una práctica para la corrección de errores o de la falta de concordancia en el original de un tratado multilateral (*Summary of Practice of the Secretary-General as Depositary of Multilateral Treaties*, documento de las Naciones Unidas ST/LEG/7/Rev.1, págs. 13 y ss.).

c) Si en la fecha fijada no se hubiera recibido ninguna objeción por escrito de un Estado Parte, se consideraría que las correcciones propuestas han sido adoptadas por los Estados Partes.

d) El Director General [comunica] el resultado del procedimiento de corrección a todos los Estados Partes lo antes posible. Las objeciones (si las hubiere) también se comunicarían a todos los Estados Partes.

[Los párrafos 9 y 10 contenían información sobre la aplicación del procedimiento de corrección propuesto.]

Intervención del Consejo Ejecutivo

[El párrafo 11 contenía el texto de un proyecto de decisión que el Consejo Ejecutivo adoptó con la signatura EB156(38).]

Anexo 5

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹

Resolución WHA78.1 Acuerdo de la OMS sobre 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 resolución:**
 - 2.1.3 Los países estarán en estado de disposición operativa para evaluar y gestionar los riesgos y vulnerabilidades que se detecten
 - 2.2.2. Se habrán aplicado a gran escala estrategias probadamente eficaces de prevención de las enfermedades prioritarias o epidemiológicas
 - 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 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:**

No se ha definido. Se estimarán los costos hasta 2031.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 39,84 millones.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**

USD 2,83 millones.

¹ Obsérvese que la estructura de resultados del presupuesto por programas 2026-2027 (enmarcado en el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028) está actualmente en fase de elaboración. Por ello, se seguirá utilizando la estructura de resultados del presupuesto por programas 2024-2025 (enmarcado en el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025). De ser necesario, puede facilitarse un «puente» programático entre las estructuras de resultados.

- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 12,36 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 24,65 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
Ninguno.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 2,83 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se seguirá trabajando con los Estados Miembros interesados para encontrar recursos que permitan colmar el déficit de financiación.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	0,81	1,04
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	1,79
	Total	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	2,60	2,83
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,25	0,21	0,18	0,22	0,18	0,20	3,57	4,81
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54	7,54
	Total	0,25	0,21	0,18	0,22	0,18	0,20	11,11	12,36
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,67	0,56	0,48	0,57	0,48	0,51	7,06	10,33
	Actividades	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52	5,18	14,32
	Total	2,19	2,08	2,00	2,10	2,01	2,04	12,23	24,65
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									39,84

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo. Resolución

Resolución WHA78.3 Fortalecimiento de la base empírica de las medidas sociales y de salud pública

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:**
2.2.1. Se dispondrá de programas de investigación, modelos predictivos y herramientas, productos e intervenciones innovadores para hacer frente a agentes patógenos de gran peligrosidad.
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:**
No se ha definido. El cálculo de los costos se ha estimado hasta 2030.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 18,13 millones.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 2,87 millones.
- 2.b **Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 5,96 millones.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 9,30 millones.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 0,90 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,97 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se están manteniendo conversaciones con determinados Estados Miembros que tienen poderosos intereses estratégicos y técnicos en esta 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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	0,82	2,33
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,54
	Total	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	1,36	2,87
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	—	—	—	—	—	—	—	—
	Actividades	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total	—	—	—	—	—	—	—	—
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,71	4,84
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	1,12
	Total	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	2,83	5,96
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	2,66	7,55
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75	1,75
	Total	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	4,41	9,30
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									18,13

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.4 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 aplicaría 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:

Cinco meses (enero de 2025 - mayo de 2025).

B. Repercusiones presupuestarias y 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 648,00 millones (incluidos USD 275,00 millones para la respuesta de emergencia y USD 265,00 millones para la recuperación temprana y rehabilitación, en consonancia con el Plan Operacional de Respuesta y Recuperación Temprana para el territorio palestino ocupado enero-diciembre de 2025).

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 resolución 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 648,00 millones (incluidos USD 275,00 millones para la respuesta de emergencia y USD 265,00 millones para la recuperación temprana y la rehabilitación).

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 45,00 millones para mantener la respuesta en el marco del Plan Operacional de Respuesta y Recuperación Temprana revisado para el territorio palestino ocupado.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

USD 603,00 millones.

– Estimación de los recursos que se están movilizandando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

Ya se han hecho promesas de contribuciones; se siguen recaudando fondos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	52,00	0,00	2,00	54,00
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	591,00	0,00	3,00	594,00
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	643,00	0,00	5,00	648,00
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									648,00

Resolución WHA78.5 Promoción y priorización de un enfoque integrado de la salud pulmonar

- 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

1.1.2. 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

3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgo a través de acciones multisectoriales

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:

Seis años (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 12,48 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 1,98 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 4,10 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 6,40 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 1,98 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
Ninguno.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizandando 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)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,23	0,26	0,19	0,26	0,18	0,20	0,36	1,68
	Actividades	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,21	0,30
	Total	0,25	0,28	0,20	0,27	0,20	0,21	0,57	1,98
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,48	0,54	0,39	0,53	0,38	0,41	0,75	3,49
	Actividades	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,43	0,61
	Total	0,51	0,57	0,42	0,56	0,42	0,44	1,18	4,10
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,75	0,85	0,61	0,83	0,60	0,64	1,17	5,44
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,67	0,96
	Total	0,80	0,89	0,66	0,88	0,65	0,68	1,84	6,40
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									12,48

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.6 Reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles promoviendo la salud renal y fortaleciendo la prevención y el control de la nefropatía

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución 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
 - 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
 - 1.2.1. Los países estarán habilitados para formular y aplicar estrategias de financiación sanitaria equitativa y reformas para sostener los progresos hacia la cobertura sanitaria universal
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:**
Siete años (2025-2031).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 16,27 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 2,57 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 5,35 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 8,35 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
Ninguno.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 2,57 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Dado que, actualmente, no hay recursos humanos ni financieros que estén disponibles para responder, la Secretaría tendría que suspender toda actividad solicitada para el presente bienio y poner en marcha un plan específico de movilización de recursos para bienios futuros.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,15	0,18	0,13	0,12	0,14	0,14	0,32	1,19
	Actividades	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,74	1,39
	Total	0,26	0,29	0,24	0,22	0,24	0,25	1,06	2,57
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,32	0,38	0,27	0,24	0,28	0,30	0,67	2,46
	Actividades	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	1,54	2,88
	Total	0,55	0,61	0,50	0,46	0,51	0,52	2,21	5,35
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,50	0,59	0,42	0,37	0,44	0,46	1,05	3,85
	Actividades	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	2,40	4,50
	Total	0,85	0,94	0,77	0,72	0,79	0,81	3,44	8,35
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									16,27

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.7 Prevención primaria y atención integrada de las deficiencias sensoriales, incluidas la deficiencia visual y la pérdida de audición, a lo largo de la vida

- 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

1.1.2. 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. 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 (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 18,35 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 2,90 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 6,03 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 9,42 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 1,90 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,00 millón.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se movilizará USD 1,00 millón de los donantes.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,26	0,21	0,18	0,11	0,19	0,20	1,05	2,19
	Actividades	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,15	0,71
	Total	0,36	0,30	0,27	0,20	0,28	0,29	1,20	2,90
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,55	0,43	0,36	0,23	0,39	0,41	2,18	4,55
	Actividades	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,32	1,49
	Total	0,74	0,63	0,56	0,42	0,59	0,60	2,49	6,03
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,86	0,68	0,57	0,35	0,61	0,64	3,40	7,10
	Actividades	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,50	2,32
	Total	1,16	0,98	0,87	0,65	0,92	0,94	3,89	9,42
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									18,35

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.8 Día Mundial de la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- 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
 - 1.1.2. 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
 - 1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos de salud mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes
 - 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
- 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:
Cinco años (de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA73.2 (2020), en virtud de la cual la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como Problema de Salud Pública).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:
Ninguno.

Los costos de la labor necesaria para aplicar la resolución ya se calcularon en la resolución WHA73.2 (véase el anexo 3 del documento WHA73/2020/REC/1).

2.a Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
No se aplica.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:
No se aplica.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:
No se aplica.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:

- Recursos financieros 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 financieros 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 WHA78.9 Fomento de la conexión social para la salud mundial: el papel esencial de la conexión social en la lucha contra la soledad, el aislamiento social y las inequidades en 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:**
3.1.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes sociales de la salud 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 (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 27,84 millones.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 2,68 millones.
- 2.b **Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 7,83 millones.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 17,34 millones.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 1,50 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,18 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
El 22 de enero de 2025, la WHO Foundation puso en marcha la Colaboración Salud en Línea para ayudar a recaudar fondos para la conexión social. En el primer trimestre de 2025 se recibió una contribución inicial a esta iniciativa. El Gobierno de Suecia ha apoyado esta labor desde sus inicios y la República de Corea se comprometió recientemente a financiar actividades en el bienio en curso. Se está contactando con los principales donantes en esta esfera para saber si están interesados en colaborar.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,83
	Actividades	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	1,40	1,85
	Total	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	2,23	2,68
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,34	0,31	0,25	0,32	0,25	0,27	1,72	3,46
	Actividades	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	2,25	4,37
	Total	0,70	0,66	0,60	0,67	0,61	0,62	3,97	7,83
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,54	0,48	0,38	0,50	0,40	0,42	2,68	5,40
	Actividades	1,23	1,23	1,23	1,23	1,23	1,23	4,59	11,94
	Total	1,76	1,71	1,61	1,72	1,62	1,64	7,27	17,34
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									27,84

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.10 Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la toma de decisión basada en la evidencia para la adopción y el impacto de normas y criterios

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:**
 - 1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos de salud mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes
 - 1.3.4. Se habrá definido el programa de investigación y desarrollo y se habrá coordinado la investigación en consonancia con las prioridades de salud pública
 - 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
- 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.
- 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. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución**1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 56,82 millones.

2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

USD 2,12 millones.

2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

No se aplica.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:

USD 21,37 millones.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:

USD 33,33 millones.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**– Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**

USD 1,50 millones.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

USD 0,62 millones.

– Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

Todavía se desconoce la cantidad que será necesaria. No obstante, están en marcha iniciativas de movilización de recursos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,68
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	1,44
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,12	2,12
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	1,33	1,13	0,94	1,21	1,00	1,03	1,42	8,06
	Actividades	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	2,99	13,31
	Total	3,05	2,85	2,66	2,93	2,71	2,75	4,41	21,37
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	2,08	1,77	1,46	1,89	1,55	1,61	2,21	12,57
	Actividades	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	4,67	20,76
	Total	4,76	4,45	4,15	4,57	4,23	4,29	6,88	33,33
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									56,82

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.11 Enfermedades raras: una prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión

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

1.1.2. 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

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

4.1.3. Fortalecimiento de la base de datos empíricos, el establecimiento de prioridades y la adopción de las normas y criterios generados 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:

Ninguna.

4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:

Seis años (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución**1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 9,06 millones.

2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

USD 0,62 millones.

2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

Ninguno.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:

USD 6,52 millones.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:

USD 1,92 millones.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:

– Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:

Ninguno.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

USD 0,62 millones.

– Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

La recaudación de fondos ha comenzado y se están explorando diferentes opciones de financiación.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	0,41
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,22
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,16	0,13	0,11	0,14	0,11	0,12	1,40	2,18
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,34	4,34
	Total	0,16	0,13	0,11	0,14	0,11	0,12	5,74	6,52
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	1,32	1,72
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
	Total	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	1,52	1,92
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									9,06

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.12 Fortalecimiento de la financiación de la salud en todo el mundo

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- 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
- 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.
- 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 (desde mayo de 2025 hasta mayo de 2031).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución**1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 79,61 millones.

2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

USD 12,37 millones.

2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

No se aplica.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:

USD 26,15 millones.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:

USD 41,09 millones.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**– Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**

USD 7,84 millones.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

USD 4,53 millones.

– Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

Prosiguen las iniciativas de movilización de recursos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,70	0,23	0,59	0,58	0,19	0,35	2,26	4,89
	Actividades	0,37	0,37	0,37	0,37	0,37	0,49	5,15	7,47
	Total	1,06	0,60	0,96	0,95	0,56	0,84	7,41	12,37
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	1,45	0,47	1,22	1,21	0,39	0,73	11,88	17,36
	Actividades	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	1,01	3,94	8,79
	Total	2,22	1,24	1,99	1,98	1,16	1,74	15,82	26,15
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	2,26	0,73	1,91	1,89	0,61	1,14	18,84	27,39
	Actividades	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,57	6,15	13,70
	Total	3,45	1,93	3,11	3,09	1,81	2,72	24,99	41,09
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									79,61

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.13 Fortalecimiento de la capacidad en materia de diagnóstico por imagen

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:**
1.3.1. Suministro de orientaciones y normas reconocidas en materia de calidad, inocuidad y eficacia de las listas de productos de salud, medios de diagnóstico y medicamentos esenciales
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:**
Siete años (2025-2031).²

² Cálculo de los costos estimado hasta 2030.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 14,57 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 0,79 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 5,39 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 8,39 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 0,61 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 0,18 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Prosiguen las conversaciones con posibles donantes, así como con distintos agentes no estatales del ámbito del diagnóstico por imagen con los que la OMS mantiene relaciones oficiales, como sociedades internacionales de radiología, de ultrasonido o de medicina nuclear, que han expresado un gran apoyo a esta resolución y son conscientes de las lagunas en la esfera del diagnóstico por imagen en los países de ingreso mediano bajo.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,06	0,05	0,04	0,05	0,04	0,05	0,13	0,43
	Actividades	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,23	0,36
	Total	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,36	0,79
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,61	0,27	0,41	0,25	0,44	0,30	0,70	2,98
	Actividades	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	1,04	2,41
	Total	0,84	0,49	0,64	0,47	0,67	0,52	1,74	5,39
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles (2028-2029, 2030)	Personal	0,95	0,41	0,64	0,38	0,69	0,46	1,09	4,63
	Actividades	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	1,62	3,76
	Total	1,31	0,77	1,00	0,74	1,04	0,82	2,71	8,39
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									14,57

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.14 Aceleración de la erradicación de la dracunculosis

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- 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
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:**
Siete años (2025-2031).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 35,11 millones (hasta 2030).

-
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 5,55 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 11,55 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 18,01 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 1,50 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 4,05 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Hay en curso actividades de movilización continuas, concretamente con el Centro Carter, la Fundación Gates y la Children's Investment Fund Foundation. Igualmente se están tomando medidas para buscar contribuciones financieras adicionales de los Estados Miembros para que la Secretaría pueda cumplir su mandato de apoyo a los Estados Miembros en la erradicación de esta enfermedad incapacitante. También se están tomando medidas para movilizar recursos en el seno de la OMS con ese fin.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	1,37	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,78	2,38
	Actividades	2,15	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,67	3,18
	Total	3,52	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	1,45	5,55
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	2,85	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	1,62	4,94
	Actividades	4,47	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	1,40	6,61
	Total	7,32	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	3,02	11,55
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	4,45	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	2,53	7,71
	Actividades	6,98	0,00	0,00	0,00	1,14	0,00	2,19	10,31
	Total	11,42	0,00	0,00	0,00	1,87	0,00	4,72	18,01
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									35,11

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.15 Las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública mundial

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:**
 - 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
 - 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
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:**
Seis años (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 19,19 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 3,03 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 9,85 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 2,00 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,03 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
La aplicación de la resolución facilitaría los esfuerzos en curso encaminados a obtener recursos adicionales. Los gobiernos y los asociados actuales pueden aumentar su compromiso proporcionando financiación adicional. Además, se buscarán nuevos 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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	0,50	2,00
	Actividades	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,16	1,03
	Total	0,45	0,40	0,37	0,41	0,37	0,38	0,66	3,03
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,03	4,17
	Actividades	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,33	2,14
	Total	0,94	0,83	0,76	0,85	0,76	0,79	1,37	6,31
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	1,61	6,50
	Actividades	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,52	3,34
	Total	1,47	1,30	1,19	1,33	1,19	1,24	2,13	9,85
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									19,19

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.16 Aceleración de la acción respecto del personal de salud y asistencial mundial de aquí a 2030

- A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado**
 - Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta resolución:**

1.1.5. Los países estarán habilitados para fortalecer su personal de salud y asistencial
 - 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.
 - 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.
 - Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:**

Seis años (2025-2030).
- B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución**
 - Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 125,47 millones.

- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 2,18 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 48,16 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 75,13 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
- Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 0,61 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,57 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Están en marcha iniciativas de movilización de recursos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,14	0,12	0,05	0,13	0,10	0,11	0,33	0,98
	Actividades	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,30	1,20
	Total	0,29	0,27	0,20	0,28	0,25	0,26	0,63	2,18
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	12,85	1,31	1,41	2,19	2,93	0,47	11,29	32,47
	Actividades	5,63	1,62	1,15	1,99	1,78	2,40	1,12	15,69
	Total	18,48	2,93	2,57	4,18	4,71	2,87	12,42	48,16
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	20,04	2,05	2,20	3,42	4,58	0,73	17,62	50,65
	Actividades	8,78	2,53	1,80	3,10	2,77	3,75	1,75	24,48
	Total	28,82	4,58	4,01	6,52	7,35	4,48	19,37	75,13
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									125,47

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.17 Incorporación del Día Mundial de la Prematuridad al calendario de la OMS

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 (2025-2030, acorde con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y posiblemente más tiempo en función de los objetivos y metas posteriores a 2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
Ninguno. La labor necesaria para aplicar la resolución ya se había presupuestado en relación con la aplicación de la resolución WHA77.5 (2024) (véase el anexo 4 de los extractos del documento WHA77/2024/REC/1 para su examen por el Consejo Ejecutivo en su 156.ª reunión). Además, muchas oficinas en los países con una alta tasa de mortalidad neonatal ya conmemoran el Día Mundial de la Prematuridad junto con la OMS, los ministerios de salud pertinentes y sus asociados.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Resolución WHA78.18 Regulación de la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna

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:**
 - 3.1.2. Los países estarán habilitados para fortalecer el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de forma sostenible a través del enfoque de «Una sola salud»
 - 3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgo a través de acciones multisectoriales
- 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 (mayo de 2025 - mayo de 2026).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 0,66 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**

USD 0,32 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**

No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**

USD 0,34 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**

No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:

USD 0,34 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:

No se aplica.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando 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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,20	0,30
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,22	0,32
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,21	0,31
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,24	0,34
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									0,66

Resoluciones WHA78.22 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General

WHA78.23 Hechos anteriores

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicarían estas resoluciones:**
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.
- Breve justificación de por qué habría que considerar las resoluciones, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado:**
No se aplica.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar las resoluciones:**
Con respecto a la **resolución WHA78.22**, los ajustes salariales pertinentes serán efectivos a partir del 1 de enero de 2025.

Con respecto a la **resolución WHA78.23**, las modificaciones pertinentes del Estatuto del Personal serán efectivas a partir del 1 de julio de 2025.

No hay una fecha límite definida para la aplicación.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de las resoluciones

1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar las resoluciones, en millones de USD:

Los recursos necesarios para las resoluciones ya están incluidos en las previsiones del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado.

Cabe observar que los costos salariales están siempre sujetos a una cierta variabilidad debido al ajuste por lugar de destino, los tipos de cambio o la composición del personal en lo que concierne a los derechos por familiares a cargo y al subsidio de educación, entre otros factores. Por tanto, los costos adicionales se absorberán dentro de las fluctuaciones generales del presupuesto para salarios y los costos medios de los puestos.

2.a Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

No se aplica.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:

No se aplica.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:

No se aplica.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de las resoluciones en el bienio actual, en millones de USD:

– Recursos financieros disponibles para financiar las resoluciones en el bienio actual:

No se aplica.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

No se aplica.

– Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

No se aplica.

Resolución WHA78.24 Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño 2012-2025: prórroga

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:

3.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de manera sostenible a través del enfoque de «Una sola salud»

3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgo a través de acciones multisectoriales

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 (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución**1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**

USD 3,38 millones.

2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

USD 1,01 millones.

2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:

No se aplica.

3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:

USD 1,05 millones.

4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:

USD 1,31 millones.

5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**– Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**

USD 0,91 millones.

– Déficit de financiación restante en el bienio actual:

USD 0,10 millones.

– Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:

Se han presentado solicitudes de subvención para las actividades y los costos de personal en 2025 que cubrirían el déficit de USD 0,10 millones.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,22	0,39
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,32	0,62
	Total	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,54	1,01
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,22	0,41
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,33	0,64
	Total	0,09	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08	0,56	1,05
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,06	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,35	0,64
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,35	0,67
	Total	0,11	0,10	0,10	0,11	0,10	0,10	0,70	1,31
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									3,38

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.25 Reasignación de Indonesia de la Región de Asia Sudoriental a la Región del Pacífico Occidental

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

4.2.2. La Secretaría rinde cuentas, actúa de forma transparente y conforme y se atiene a la gestión de riesgos, en particular gracias al aprendizaje institucional y la cultura de evaluación
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 meses (finales de 2025).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 0,22 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 0,22 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 0,22 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
No se aplica.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando 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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,14	0,01	0,17
	Actividades	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,03	0,00	0,05
	Total	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,17	0,01	0,22
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									0,22

Resolución WHA78.26 Izado de las banderas de los Estados observadores no miembros en la Organización Mundial de la 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:
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 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:
No se ha definido.
- B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución
1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:
Ninguno.

- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
Ninguno.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
No se aplica.
3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:
Ninguno.
4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:
Ninguno.
5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:
 - Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Resolución WHA78.27 Impulso del apoyo mundial a un futuro sin plomo

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:
Seis años (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:
USD 5,62 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
USD 0,54 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:
No se aplica.

3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 1,97 millones.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 3,11 millones.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
Ninguno.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 0,54 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
La Unidad ha emprendido actividades concretas con Estados Miembros específicos que abogan por esta cuestión, así como con nuevas iniciativas, como la Alianza para un Futuro Sin Plomo.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,09	0,44
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Total	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,19	0,54
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,15	0,11	0,11	0,13	0,11	0,12	0,43	1,16
	Actividades	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,40	0,81
	Total	0,22	0,18	0,18	0,20	0,18	0,19	0,83	1,97
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,23	0,18	0,17	0,21	0,18	0,19	0,28	1,43
	Actividades	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,38	1,67
	Total	0,45	0,39	0,38	0,42	0,39	0,40	0,67	3,11
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									5,62

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA78.28 Efectos de la guerra nuclear en la salud pública

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, 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:**
Cinco años (2025-2029).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la resolución

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución, en millones de USD:**
USD 0,54 millones.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 0,15 millones.
- 2.b **Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 0,32 millones.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 0,07 millones.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
USD 0,05 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 0,10 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando 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)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,15
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,21
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,32
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,07
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la resolución									0,54

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(8) Proceso de tramitación e investigación de posibles denuncias contra los Directores Generales de la OMS

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:**
4.2.2. La Secretaría rinde cuentas, actúa de forma transparente y conforme y se atiene a la gestión de riesgos, en particular gracias al aprendizaje institucional y la cultura de evaluación
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.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 0,07 millones. Esta cifra refleja solamente el apoyo prestado por la Secretaría, tal como se solicita en la decisión. No se incluyen los posibles costos futuros de apoyo a la realización de toda evaluación inicial, revisión preliminar o investigación completa, si se justifican.

Decisión WHA78(9) Notificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a Palestina

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
 - 2.3.1. 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 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 mes.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
Ninguno.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
Ninguno.
- 2.b **Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Decisión WHA78(10) 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
 - 2.3.3. 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:**
Doce meses.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 110,36 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
Ninguno. Esta decisión se aplicaría mediante el segmento presupuestario de operaciones y llamamientos de emergencia.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 110,36 millones, ejecutados mediante el segmento presupuestario de operaciones y llamamientos de emergencia.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 22,84 millones disponibles y USD 25,50 millones en promesas firmes.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 62,02 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
USD 25,50 millones en promesas firmes, como se ha indicado anteriormente. Se sigue trabajando para obtener recursos que cubran el déficit restante.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	0,00	0,00	0,00	26,45	0,00	0,00	0,00	26,45
	Actividades	0,00	0,00	0,00	83,55	0,00	0,00	0,36	83,91
	Total	0,00	0,00	0,00	110,00	0,00	0,00	0,36	110,36
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									110,36

Decisión WHA78(11) Un informe específico sobre salud mental para los órganos deliberantes de la OMS

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:**
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.
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:**
Seis años (2026-2031).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
Ninguno. La labor necesaria para aplicar la decisión ya se había presupuestado en virtud de la decisión WHA72(11) (2019) sobre el 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 y la resolución WHA77.3 (2024) sobre el 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.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Decisión WHA78(14) Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2025-2034

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
- 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:**
Diez años (2025-2034)

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 118,94 millones (calculados hasta 2031).
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 15,87 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 33,02 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 70,05 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 15,87 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
Ninguno.
 - Estimación de los recursos financieros 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)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,31	0,26	0,44	0,26	0,22	0,47	5,73	7,70
	Actividades	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	2,25	8,18
	Total	1,30	1,24	1,43	1,25	1,21	1,46	7,98	15,87
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,92	0,55	0,46	0,98	11,93	16,01
	Actividades	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	4,68	17,00
	Total	2,69	2,59	2,97	2,60	2,52	3,04	16,61	33,02
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	1,36	1,13	1,95	1,16	0,98	2,09	25,31	33,97
	Actividades	4,36	4,36	4,36	4,36	4,36	4,36	9,93	36,08
	Total	5,72	5,49	6,30	5,52	5,34	6,45	35,24	70,05
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									118,94

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(15) Resistencia a los antimicrobianos

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:**
 - 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
 - 3.1.2. Los países estarán habilitados para fortalecer el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de forma sostenible a través del enfoque «Una Salud»
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:**
Doce meses (mayo de 2025 – mayo de 2026).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 1,20 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 0,83 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 0,37 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
Cero.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 0,73 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 0,10 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se están elaborando propuestas adicionales con posibles donantes para contribuir a cubrir este déficit. Se están manteniendo conversaciones con Wellcome Trust y el Fondo Fiduciario Multipartito contra la Resistencia a los Antimicrobianos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,30
	Actividades	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,35	0,53
	Total	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,65	0,83
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,27
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,37
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									1,20

Decisión WHA78(16) 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

- 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, vulnerables y afectados por conflictos
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:**
Siete meses (mayo de 2025 - diciembre de 2025).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 648,00 millones (incluidos USD 275,00 millones para la respuesta de emergencia y USD 265,00 millones para la recuperación y rehabilitación temprana, en consonancia con el Plan Operacional de Respuesta y Recuperación Temprana para el territorio palestino ocupado 2025).

Decisión WHA78(21) Prórroga de las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025 hasta 2030

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:**
1.1.5. Los países estarán habilitados para fortalecer su personal de salud y asistencial
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 (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

1. **Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 18,39 millones.
- 2.a **Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 1,90 millones.
- 2.b **Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
3. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 7,00 millones.
4. **Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 9,49 millones.
5. **Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 0,30 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,60 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Están en marcha iniciativas en materia de movilización de recursos.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,18	0,15	0,13	0,15	0,13	0,14	0,32	1,20
	Actividades	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,70
	Total	0,28	0,25	0,23	0,25	0,23	0,24	0,42	1,90
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,13	4,26
	Actividades	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	1,18	2,74
	Total	0,90	0,79	0,72	0,81	0,72	0,75	2,30	7,00
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	1,76	6,65
	Actividades	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	1,22	2,84
	Total	1,27	1,10	0,99	1,13	0,99	1,04	2,98	9,49
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									18,39

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(22) Prórroga de la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 hasta 2027

A. Relación con el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado

- Producto(s) del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado en virtud del cual (o los cuales) se aplicaría esta decisión:**
 - 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
 - Se habrán instituido plataformas y servicios digitales eficaces, innovadores, protegidos y adaptados a las necesidades de los usuarios, las funciones institucionales, los programas técnicos y las operaciones de emergencia sanitaria
- 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.
- 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.
- Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:**
Dos años.

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 47,54 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 15,17 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 32,37 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 14,92 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 0,25 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se dispone todavía de los USD 0,25 millones; no obstante, están en marcha decididas iniciativas de recaudación de fondos para poder seguir ejecutando la Estrategia Mundial sobre Salud Digital y futuras iniciativas de planificación.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,11	0,08	0,08	0,10	0,27	0,15	0,29	1,08
	Actividades	1,68	1,68	1,68	1,68	1,68	1,68	4,01	14,09
	Total	1,79	1,79	1,76	1,78	1,95	1,83	4,30	15,17
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,22	0,17	0,16	0,20	0,56	0,30	0,59	2,22
	Actividades	3,67	3,67	3,67	3,67	3,67	3,67	8,15	30,15
	Total	3,89	3,83	3,83	3,87	4,23	3,97	8,74	32,37
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									47,54

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(23) Prórroga del Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025 hasta 2031

- 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:
1.1.2. 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. 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 (2026-2031)
- B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:
USD 16,50 millones (hasta 2030)

- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 6,38 millones
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 10,12 millones
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
- Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando 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)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
B.2.a. 2024-2025 costo de los recursos ya previstos	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,32	0,27	0,23	0,27	0,23	0,25	1,15	2,72
	Actividades	0,56	0,56	0,49	0,55	0,49	0,50	0,52	3,67
	Total	0,88	0,82	0,72	0,82	0,72	0,75	1,67	6,38
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,51	0,42	0,36	0,43	0,37	0,39	1,82	4,29
	Actividades	0,88	0,90	0,78	0,87	0,78	0,80	0,82	5,82
	Total	1,38	1,32	1,14	1,30	1,14	1,18	2,64	10,12
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									16,50

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(24) Reglamento Sanitario Internacional (2005): procedimiento para corregir errores en el texto del instrumento

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
 - 2.2.3. 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 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 (2025).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
Los recursos necesarios para llevar a cabo la labor derivada de esta decisión ya están incluidos en el presupuesto por programas 2024-2025, que también está vinculado a lo que ya se ha presupuestado en relación con la resolución WHA77.17 (2024).
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios 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 costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
No se aplica.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
No se aplica.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros 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 financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Decisión WHA78(26) Actualización de la Hoja de Ruta para Reforzar la Respuesta Mundial a los Efectos Adversos de la Contaminación del Aire en la 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 decisión:**
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 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 (2025-2030).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

- 1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:**
USD 34,46 millones.
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 5,76 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 11,97 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 16,73 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
 - Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 4,10 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 1,66 millones.
 - Estimación de los recursos financieros que se están movilizando actualmente, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Están en marcha importantes iniciativas de movilización de recursos junto con distintos filántropos y Estados Miembros. La conferencia sobre la calidad del aire y la salud de marzo de 2025 ofreció una oportunidad sin igual para hacer hincapié en la necesidad de garantizar una respuesta mundial más robusta a los efectos adversos para la salud de la contaminación atmosférica y para ayudar a cubrir el déficit actual de financiación a fin de poder dar la respuesta necesaria.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	0,16	0,22	0,13	0,40	0,25	0,30	2,48	3,95
	Actividades	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	1,00	1,81
	Total	0,30	0,35	0,27	0,54	0,39	0,44	3,48	5,76
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	0,33	0,46	0,28	0,84	0,53	0,63	5,15	8,21
	Actividades	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	2,08	3,76
	Total	0,61	0,74	0,56	1,12	0,81	0,91	7,23	11,97
B.4. Bienios futuros costo de los recursos previsibles	Personal	0,52	0,71	0,43	1,31	0,82	0,98	8,04	12,81
	Actividades	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	2,16	3,92
	Total	0,81	1,00	0,73	1,60	1,12	1,27	10,20	16,73
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									34,46

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA78(27) Plan de Acción Mundial sobre Cambio Climático y Salud (2025-2028)

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:
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 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:
Cuarenta y ocho meses (el calendario del 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028).

B. Repercusiones presupuestarias y en cuanto a recursos para la Secretaría de la aplicación de la decisión

1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión, en millones de USD:
USD 161,54 millones.

-
- 2.a Estimación de los costos previstos necesarios que pueden encuadrarse dentro del límite máximo del presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
USD 38,82 millones.
- 2.b Estimación de los costos previstos necesarios además de los ya presupuestados en el presupuesto por programas 2024-2025 aprobado, en millones de USD:**
No se aplica.
- 3. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en el proyecto de presupuesto por programas 2026-2027, en millones de USD:**
USD 80,74 millones.
- 4. Estimación de los costos previstos necesarios que vayan a presupuestarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de USD:**
USD 41,98 millones.
- 5. Recursos financieros ya disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de USD:**
- Recursos financieros disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
USD 25,00 millones.
 - Déficit de financiación restante en el bienio actual:
USD 13,82 millones.
 - Estimación de los recursos financieros 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. Conjuntamente, estas dos vías deberían cubrir el déficit de financiación en el bienio actual y en bienios futuros.

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 costo de los recursos ya previstos	Personal	2,11	1,97	1,42	1,13	1,45	1,18	3,71	12,97
	Actividades	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	6,05	25,85
	Total	5,41	5,27	4,72	4,43	4,75	4,48	9,76	38,82
B.2.b. 2024-2025 costo de los recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 costo de los recursos previsibles	Personal	4,38	4,11	2,95	2,34	3,02	2,45	7,71	26,97
	Actividades	6,86	6,86	6,86	6,86	6,86	6,86	12,58	53,77
	Total	11,24	10,97	9,81	9,20	9,88	9,31	20,29	80,74
B.4. Bienes futuros costo de los recursos previsibles	Personal	2,28	2,14	1,53	1,22	1,57	1,28	4,01	14,02
	Actividades	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	6,54	27,96
	Total	5,85	5,71	5,10	4,79	5,14	4,85	10,55	41,98
B.1. Total de los costos previstos necesarios para aplicar la decisión									161,54

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.