

Traducido del inglés por deepL.com

**Sesión informativa diaria de PHM sobre la 152ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS:
Día 7 (6 de febrero de 2023)
Informe elaborado por el equipo WHO Watch de PHM**

Sesión MAÑANA

La reunión se inició con el debate sobre el punto **23.1** del orden del día **Asuntos que emanan del Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible: - Informe del Grupo Especial de Estados Miembros Ágiles sobre el fortalecimiento de la gobernanza presupuestaria, programática y financiera de la OMS (Documentos [EB152/33](#), [EB152/33 Add.1](#) y [EB152/33 Add.2](#)), - Plan de aplicación de la Secretaría sobre la reforma (Documentos [EB152/34](#) y [EB152/34 Add.1](#)), - Financiación sostenible: viabilidad de un mecanismo de reposición, incluidas opciones para su consideración (Documento [EB152/35](#))**. El *Presidente* dio comienzo a la sesión solicitando a los miembros que evitaran repetir contribuciones que ya se hubieran hecho y que realizaran contribuciones centradas, de modo que la reunión pudiera avanzar en el apretado orden del día que tenía ante sí. El presidente del PBAC dio lectura al informe, en el que se destacaba que: El PBAC **recomendó al EB que tomara nota del informe EB152/33 y adoptara el EB152/33 addendum 1**. *La región AFRO* pidió a la OMS que garantizara mayores niveles de asignación a las oficinas regionales y nacionales. Se mostraron encantados de ver indicadores de alto nivel en el documento 34 y añadieron que el objetivo 3 debería ampliarse y revisarse para aumentar la capacidad de ejercer la supervisión de la sede de la OMS. En cuanto a los Mecanismos de Reposición (MR), pensaron que había quedado claro en el documento 35, por lo que se mostraron **a favor de que se establecieran los MR antes de seguir deliberando**. *Rusia* opinó que el PBAC como órgano no era muy eficaz y que no se daba a los EM la oportunidad de examinar a fondo cuestiones importantes. **Propusieron que el PBAC revisara sus métodos de trabajo**. Cuestionaron cómo se suponía que los EM iban a acordar un aumento de las contribuciones asignadas (CA) sin entender cómo se gastaba su dinero. En cuanto al plan de implementación, **pidieron a la Secretaría que en el futuro compartiera la evaluación de riesgos con los EM y que se centrara en la lucha contra el fraude y la corrupción en la organización, no sólo contra el acoso sexual**. *Perú* se hizo eco de una opinión similar y añadió que era necesario **elaborar los planes y presentarlos de forma clara para los EM, de modo que éstos pudieran analizarlos con claridad y aplicarlos adecuadamente**. Apoya la propuesta de la RM y espera que siga trabajando sobre la base de los 6 principios rectores. *Botsuana*, con respecto a la financiación sostenible, expresó su apoyo a los **incrementos de la CA y a una mayor flexibilidad de la contribución voluntaria (CV)**. Añadió que debe consultarse con los EM, teniendo en cuenta la FENSA. *EE.UU.* añadió que la CR **debería ser totalmente voluntaria** y que los EM o los **donantes deberían poder decidir sobre compromisos a**



largo o corto plazo. *Colombia* dijo que las **directrices relativas a la asignación de contribuciones voluntarias (CV) serían útiles** para la sostenibilidad de la OMS sin ejercer más presión sobre el CA. Pidió a la OMS que tuviera en cuenta el impacto económico continuado de Covid19 en los países a la hora de desarrollar mecanismos de financiación. *Siria* agradeció la preocupación por el terremoto y apeló a la conciencia de los demás para apoyar al país, especialmente en lo que respecta a los **bloques que han dificultado la gestión de las catástrofes.** *Maldivas* pidió que se agilizará la aplicación. Pidieron **más responsabilidad y transparencia por parte de la OMS** de cara al futuro. *Australia* *espera con interés* el examen de propuestas concretas de reforma y se congratula de que el plan sea un documento vivo. También **acogió con satisfacción las reformas para reconsiderar la estructura de las reuniones de los órganos deliberantes** a fin de garantizar su eficacia y **apoyó la sostenibilidad de las reformas de financiación, incluido el aumento de la CA.** *Namibia* afirma que la reasignación de recursos a países y regiones es una cuestión urgente para el país. Apoyó el llamamiento de la región AFRO para **aumentar las asignaciones presupuestarias a los países y oficinas regionales en el presupuesto por programas 2024-5.** En cuanto a la RM, pidieron que **se diera prioridad a la financiación flexible y que abarcara todo el periodo de la GPW,** y añadieron que la dotación financiera para la RM **debería estar en la sección básica del presupuesto.** *Alemania* se hizo eco de la misma opinión. *Tailandia* pidió a la OMS que **se asegurara de que los fondos para MR no estuvieran asignados a fines concretos** y tuvieran una gran flexibilidad para ser destinados a programas base y a otras necesidades urgentes. Recordó a los EM que la financiación de la OMS no podía llenar los presupuestos sanitarios de todos los países y pidió **a la OMS que utilizara su capital político, social e intelectual para organizar a los EM y a los socios con el fin de financiar íntegramente los presupuestos sanitarios,** añadiendo que la OMS podía desempeñar un papel importante a la hora de animar a los EM a hacer frente a la interferencia política de la industria. *Sudáfrica* se hizo eco de la misma opinión.

Raoul Thomas aclaró que, en cuanto a la presentación de informes, la Secretaría **informaría a través del PBAC, el EB, la AMS y también en sesiones intersesionesales** que consistirían en profundizaciones tema por tema. Sobre la priorización, aseguró que debería ser una priorización de los EM, como parte de un proceso consultivo. Nos informó de que **el portal de los EM ya estaba en funcionamiento y protegido con contraseña.** En cuanto a la coordinación, cree que es necesaria una estrecha coordinación entre la Secretaría y los EM. El portal debía informar sobre ambas dimensiones. En cuanto a la financiación y el presupuesto, confirmó que la asignación por país había aumentado, pero insistió en que **aumentar un techo por sí solo no resolvería nuestros problemas.** *Bruce Elward* añadió que había oído lo que se había dicho sobre la RM y que estaba deseando consultar con los EM. Es una gran nueva dirección para la organización. Se comprometieron a celebrar sesiones entre sesiones para debatir con más detalle. Tomaron nota de la importancia de **garantizar que las contribuciones asignadas se dirijan de la manera correcta,** etc. *El Presidente* pide al EB que adopte el proyecto de decisión con las enmiendas de los representantes eslovacos. El equipo jurídico leyó las **dos enmiendas específicas.** En el apartado 1 de la parte dispositiva había un añadido. La frase completa quedaría así



"apoyar los esfuerzos de los cofacilitadores del grupo de trabajo y del presidente de la junta ejecutiva, en consulta con los estados miembros". Y (2) en el párrafo 2 de la parte dispositiva, "solicitar a los cofacilitadores del grupo de trabajo que lo consideren en la reunión EB153 de mayo de 2023". Añadido con ",en colaboración con el Presidente del EB, anterior y en consulta con los estados miembros". A continuación se tomó nota del informe y se adoptó un proyecto de decisión. El *Presidente* dio por concluida la sesión.

Sobre asuntos de gobernanza punto 23.2 del orden del día **Estrategias y planes de acción mundiales que expirarán en el plazo de un año: - Plan de acción mundial de la OMS para promover la salud de los refugiados y los migrantes, 2019-2023 (Documentos [EB152/36](#), [EB152/CONF./8](#) y [EB152/CONF./8 Add.1](#)) - Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 (Documentos [EB152/37](#), [EB152/CONF./9](#) y [EB152/CONF./9 Add.1](#))**. Por lo que respecta a la salud de los refugiados y los migrantes (R&M), *Canadá* quiso subrayar la equidad en el centro de los esfuerzos, lo que significa **reconocer las necesidades específicas de las personas vulnerables y marginadas, las mujeres y las niñas**, especialmente si son desplazadas y necesitan ayuda humanitaria. Hicieron hincapié en la necesidad de **avanzar en el acceso a los servicios para toda la comunidad LGBTQI+** que experimentaba formas específicas de marginación. Apoyaron la ampliación y tomaron nota de los avances, pero instaron a **la OMS a prestar más atención a las prioridades de los planes de acción, en particular a las que se descuidaron durante la pandemia**. *Brasil* también apoyó la ampliación de los planes de acción y sugirió que el apoyo sanitario incluyera **un apoyo especial a los migrantes y refugiados pertenecientes a comunidades indígenas**. Celebraron la inclusión de la medicina tradicional en las intervenciones sanitarias, destacando la contribución que ha demostrado en la consecución de la cobertura sanitaria universal. Hicieron hincapié en que los pueblos indígenas tienen **derecho a preservar sus minerales y plantas** fundamentales para sus medicinas tradicionales. *Colombia* se hizo eco del mismo sentimiento más adelante. *Malasia* apoyó el plan de acción mundial sobre investigación y gestión y respaldó la medicina tradicional y sus contribuciones a la cobertura sanitaria universal. Apreció las orientaciones de la OMS sobre la profesionalización de la medicina tradicional, pero pidió que **se prestara más atención a cómo integrarla en el sistema sanitario**, especialmente en relación con el personal, la financiación, etc., y añadió que estas cuestiones deberían incluirse en el plan renovado. *Los EE.UU.* copatrocinaron la recomendación de ampliar el plan de acción de I+D y subrayaron la importancia de la coordinación con otras agencias humanitarias y de la ONU. Añadieron que, por lo que respecta a la medicina tradicional, era importante garantizar el rigor científico en el estudio de su seguridad. *Francia* y *Perú* también apoyaron la ampliación del programa de I+D. *India, en nombre de la región SEARO*, declaró que la medicina tradicional y complementaria es ampliamente utilizada por muchos EM, por lo que los EM deben **promover la seguridad, calidad y asequibilidad** de la medicina tradicional, lo que podría hacerse mediante la **integración de la medicina tradicional en la UHC y la APS, así como el desarrollo de marcos regulatorios** para la medicina tradicional y los profesionales. Pidieron a la OMS que apoyara a los Estados miembros en el desarrollo de estrategias de medicina tradicional para lograr la H4A. *Perú* sugirió el desarrollo de **bases**

de datos sobre medicina tradicional y tradicional, no para la vigilancia, sino para planificar con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias. Añadió que los sistemas sanitarios de Perú ya se encontraban en un punto de ruptura tras la pandemia, por lo que para atender a una población adicional de medicina tradicional y tradicional era necesario ampliar los sistemas de salud pública, así como su financiación. *Ruanda* agradeció el informe y los esfuerzos de la Secretaría por abordar las necesidades específicas de los R&M en la región africana. Afirmó que un plan de acción mundial renovado contribuiría a mantener estos esfuerzos. También recomendó **integrar la salud de los R&M en las iniciativas regionales y nacionales**. En cuanto a la medicina tradicional, consideraron que aún existen lagunas, por lo que la OMS debe apoyar la I+D para generar pruebas que garanticen la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional. *India* propuso tomar medidas para desarrollar directrices sobre medicina tradicional. Aprovecharían la medicina tradicional para la atención preventiva, geriátrica, paliativa y de las ENT. *Yemen* admitió que estaba luchando por atender a la medicina tradicional y tradicional. Pidió a la OMS que hiciera más a nivel regional y nacional. Necesitan apoyo para los hospitales, centros de salud y todo tipo de clínicas que ahora atienden a los migrantes. *Botsuana* propuso **aprovechar el potencial de la PI y el conocimiento de la medicina tradicional de acuerdo con los DPI en el marco del ADPIC mediante la asociación con la OMC, la OMPI y el sector privado**. Apoyó la ampliación del plan de acción de salud de investigación y desarrollo tecnológico y lo copatrocinó. *Portugal* apoyó la ampliación del plan de acción sobre salud y medicina tradicional y pidió que **se garantizara un acceso no discriminatorio y se abordaran las barreras lingüísticas**. No se presenta ningún comentario nuevo. Se adoptan los proyectos de decisión.

Sesión de tarde

Punto 25.1

La sesión posterior al almuerzo comenzó con la bienvenida del EB al nuevo Director Regional para las Américas, el Dr. Barbosa, que se encontraba presente. El DG y los directores regionales intervinieron para expresar su apoyo al Dr. Barbosa. Haití, en nombre de AMRO, expresó su agradecimiento por la insistencia del nuevo Director Regional en promover el acceso equitativo a las contramedidas Covid-19 durante la pandemia, e indicó que su experiencia en la gestión de emergencias sanitarias sería un recurso valioso durante las negociaciones de las revisiones del INB y del RSI. El Comité Ejecutivo también se despidió de la Directora Regional saliente para las Américas y le deseó lo mejor. El director regional entrante hizo hincapié en que se centraría en orientar las intervenciones de atención primaria de salud para abordar el escenario epidemiológico al que se enfrenta la región, ocupándose de la promoción de la salud, la prevención y la vigilancia y el control de las enfermedades no transmisibles, prestando atención a la salud mental en el nivel primario y acelerando la eliminación de las enfermedades transmisibles.

También mencionó su compromiso con la equidad de género y con la creación de un entorno de tolerancia cero frente al acoso sexual.

Punto 23.2

Estrategias y planes de acción globales que expiran en el plazo de un año

- **Plan de acción mundial de la OMS para promover la salud de los refugiados y los migrantes, 2019-2023 ([EB152/36](#))**
- **Estrategia de la OMS en materia de medicina tradicional: 2014-2023 ([EB152/37](#))**

Plan de acción mundial de la OMS para promover la salud de los refugiados y los migrantes, 2019-2023 ([EB152/36](#))

Durante el debate en el Consejo Ejecutivo sobre el plan de acción mundial para promover la salud de los refugiados y migrantes, todos los países expresaron su apoyo a la protección y promoción de los derechos de los migrantes. En su intervención inicial

Muchos países dieron ejemplos de los esfuerzos que estaban realizando para honrar el derecho a la salud de estas subpoblaciones. *Uruguay* señaló que los refugiados y los migrantes siguen figurando entre los miembros más vulnerables de la sociedad, a menudo están expuestos a la xenofobia, la discriminación y las malas condiciones de vida y de trabajo, y tienen un acceso inadecuado a los servicios sanitarios, con frecuentes problemas de salud física y mental. Mencionó que el programa de salud y migración de la OMS le había permitido adoptar un enfoque más sistemático para gestionar la salud de los migrantes, y que el país estaba pasando de centrarse en dar a los migrantes acceso a las vacunas Covid-19 a tener una visión más a largo plazo para hacer realidad la salud de refugiados y migrantes.

Sin embargo, muchos países indicaron la tensión que estaban experimentando como resultado de sus esfuerzos por proporcionar una asistencia sanitaria inclusiva y adecuada a los migrantes y refugiados, y a subgrupos especialmente vulnerables dentro de esta población. *Polonia* mencionó que había recibido una enorme afluencia de refugiados y migrantes debido a la guerra en Ucrania y que estaban dispuestos a compartir sus experiencias para contribuir a las respuestas globales a las necesidades sanitarias de los refugiados. Entre ellas, la adopción de una ley especial que permite a los migrantes el libre acceso a la cobertura sanitaria universal e intervenciones destinadas a facilitar a la comunidad de refugiados la comprensión de cómo acceder a los servicios de atención sanitaria. *Irán* señaló que, a pesar de las sanciones internacionales, sigue facilitando a los migrantes y refugiados el acceso a los servicios sanitarios, dándoles la opción de afiliarse al seguro médico nacional para los servicios esenciales de salud pública secundaria y terciaria. Especificó que cualquier apoyo por parte de organizaciones internacionales y otras

partes interesadas debe estar en consonancia con las leyes, políticas y planes nacionales de atención sanitaria de los países de acogida.

Como prueba de su apoyo al plan de acción mundial, EMRO informó de que sus miembros habían aprobado una nueva estrategia regional para promover la salud y el bienestar de los refugiados, los migrantes y otras poblaciones desplazadas en octubre de 2022 e indicó que los Estados miembros de la región europea están realizando consultas sobre un nuevo plan de acción regional para su posible aprobación en octubre de 2023.

Uruguay señaló que cualquier aplicación futura del plan de acción mundial debería tener en cuenta las opiniones y necesidades de los directamente implicados, basándose en los principios de solidaridad y equidad y en la salud como derecho.

En su respuesta a los países, *la Secretaría* mencionó que la ampliación del plan de acción mundial hasta 2030 permitirá a la OMS seguir realizando una labor estratégica y estructurada en materia de salud de los refugiados y los migrantes, y garantizar la armonización con los marcos internacionales. También le permitiría proporcionar asistencia técnica a los países para abordar las causas profundas de las enfermedades, crear las condiciones para una buena salud y bienestar para todos, y reorientar los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria para incluir servicios y programas de salud integrados e inclusivos para refugiados y migrantes.

Afirmó que la OMS también seguirá concienciando a la opinión pública sobre la salud de los refugiados y los migrantes y promoviendo la investigación y la información de alta calidad y creando la capacidad necesaria para respaldar políticas y acciones basadas en pruebas. También señaló que tendría en cuenta los comentarios de los países sobre la especial atención y consideración que debe prestarse a las necesidades de las mujeres y las niñas, y de las poblaciones indígenas.

Estrategia de la OMS en materia de medicina tradicional: 2014-2023 ([EB152/37](#))

Muchos Estados apoyaron la estrategia de medicinas tradicionales y solicitaron el apoyo de la OMS para incorporar el uso de medicinas tradicionales en el sistema sanitario oficial, con vistas a alcanzar los objetivos de la cobertura sanitaria universal. *Turquía* argumentó que los aspectos de accesibilidad y asequibilidad de las medicinas tradicionales y complementarias las convertían en un componente potencialmente importante para lograr la cobertura sanitaria universal y solicitó el apoyo de la OMS para que ofreciera orientación técnica sobre cómo integrar estas medicinas.

Singapur pidió que la estrategia incluyera **ensayos clínicos** sólidos y **bien diseñados** que ayudaran a reforzar la base de pruebas para evaluar la eficacia de las formas tradicionales de medicina. Señaló que un



registro de ensayos clínicos de este tipo y el intercambio abierto de sus resultados serán útiles para coordinar los esfuerzos mundiales. En segundo lugar, pidió que la **estrategia mundial fomente una mayor cooperación e intercambio de conocimientos entre los Estados miembros y las distintas tradiciones de medicina tradicional o métodos de tratamiento de la medicina tradicional** y mejores prácticas que puedan mejorar las competencias o los profesionales de la medicina tradicional.

En su respuesta a los comentarios de los países, la Secretaría especificó que el Centro Mundial de la OMS para la medicina tradicional se encargaría de revisar y evaluar las pruebas y los datos científicos relativos a la medicina tradicional para que ésta pudiera desempeñar un papel en la actualización de la estrategia mundial. También señaló la cuestión de la **colaboración activa con los conocimientos y prácticas indígenas** y sus vínculos con el enfoque "Una sola salud". Indicó que se está trabajando en ello con los Estados miembros, incluso con los colegas de salud ambiental de la OMS en relación con el Convenio sobre la Diversidad Biológica. La Secretaría también se refirió a la necesidad de integrar su trabajo sobre medicinas tradicionales con el de otras agencias, como la OMPI y la OMC, especialmente para garantizar los derechos de propiedad intelectual de las comunidades indígenas. Para concluir, señaló que la OMS acogerá la primera cumbre sobre medicina tradicional en agosto de 2023, que será organizada conjuntamente con el Gobierno de la India y el G20. La cumbre se centrará en las últimas pruebas y datos de todas las regiones para informar sobre el desarrollo de la nueva estrategia mundial de medicina tradicional.

Al término del debate, el Comité Ejecutivo tomó nota de ambos informes.

Punto 23.3 del orden del día

Reforma de la OMS: Participación de agentes no estatales en los órganos deliberantes de la OMS ([EB152/38](#))

India abrió el debate solicitando que las ANE se adhieran a los reglamentos y normas establecidos por la OMS para promover la transparencia y la rendición de cuentas en las reuniones de los órganos deliberantes. Sostuvo que el **intercambio de datos con cualquier ANE no debería realizarse sin obtener específicamente el consentimiento del Estado miembro de la OMS afectado.**

Varios países hicieron aportaciones sobre **la cuestión de las declaraciones de grupo**. La región *AFRO* elogió los esfuerzos de la Secretaría por poner en práctica la decisión de mejorar el compromiso con los ANE dándoles la oportunidad de hacer declaraciones de grupo y mantener contactos informales con los Estados miembros y la Secretaría. Sugirió que se mantuviera la práctica de las declaraciones de grupo. Sin embargo, la **región AFRO señaló que las modalidades del informe aún estaban siendo probadas por la Secretaría y que esperaba con interés los resultados de este experimento para la toma de decisiones en la EB155.** Del mismo modo, *Canadá* sugirió que se mantuviera la práctica, pero propuso



una redacción que garantizara que la Secretaría encuestara periódicamente a los ANE y a los Estados miembros sobre su opinión acerca de la eficacia de las declaraciones de circunscripción. Sugirió que el EB informara al respecto en su 156ª reunión. El *Reino Unido, Perú y Colombia* apoyaron la propuesta canadiense, y Colombia declaró que es especialmente importante que se tenga debidamente en cuenta a las organizaciones de base. Pidió a la OMS que innovara y considerara la posibilidad de utilizar la tecnología remerge para garantizar el nivel de participación más amplio posible. Para terminar, recordó que **"lo que no queremos es que la participación se centre sólo en una o dos organizaciones que tienen la influencia y los recursos necesarios para poder participar"**. Propuso que la OMS consulte sobre las nuevas modalidades e informe al respecto en el EB154. *Bangladesh propuso que la* cuestión de las declaraciones de las circunscripciones se remitiera a la AMS76 para su debate.

India sugirió que las **declaraciones de los ANE se centraran estrictamente en cuestiones técnicas** y guardaran relación directa con el punto del orden del día. Especificó que el trabajo de los ANE debe contribuir significativamente al avance de la salud pública. También señaló la necesidad de reforzar el seguimiento y la evaluación de la actuación de los ANE. *Canadá* apoyó el uso continuado de las declaraciones de circunscripción, pero también manifestó su **satisfacción por el hecho de que los ANE sigan teniendo la opción de realizar declaraciones individuales** en caso de que no deseen unirse a una declaración de circunscripción, ya que esto garantizaría que los Estados miembros puedan beneficiarse de la diversidad de puntos de vista entre los ANE.

Omán, en nombre de EMRO, solicitó que la OMS volviera a su práctica habitual de **dar cabida a las declaraciones de los Estados observadores, entre los que se incluye Palestina**. Estipuló que la OMS, como organización de Estados miembros, debería prestar la misma consideración a Palestina como miembro de la región. También reconoció el papel de los ANE, cuya participación e inclusión, señaló, "siempre se ha tenido en cuenta en nuestros métodos de trabajo".

Ghana, en nombre de AFRO, también animó a la Secretaría a **seguir organizando reuniones informales previas con los ANE en las relaciones oficiales de la OMS**. *Dinamarca, en nombre de los países nórdicos y bálticos*, declaró que las reuniones de los órganos deliberantes eran necesarias pero no suficientes para lograr un compromiso activo con los ANE. apoyó la idea de celebrar reuniones previas oficiales de la Asamblea de la Salud y el EB con los ANE, incluso a nivel nacional.

Algunos países **sugirieron nuevas modalidades de compromiso**. *India* afirmó que, además de mejorar la participación de los ANE en las relaciones oficiales con los órganos deliberantes de la OMS, ésta también podría **colaborar con los ANE en la ejecución de programas sanitarios a escala nacional**, lo que permitiría llegar a zonas y poblaciones remotas. *Eslovenia* afirmó la importancia de la presencia de las OSC en las reuniones de los órganos deliberantes, pero también subrayó que sería importante contar con su **opinión durante el periodo entre reuniones**, una opinión de la que se hizo

eco *Rusia*. También mencionó que las OSC podrían desempeñar un papel a nivel nacional ayudando a los países en la aplicación de las políticas.

EE.UU. propuso considerar medidas ad hoc adicionales, como oportunidades de contacto con los electores en reuniones in situ, consultas previas a las reuniones, debates a través de Internet y muchas de las diferentes estrategias y tácticas que hemos debatido como consejo de manera informal y que la Secretaría ha estado considerando. Perú también hizo hincapié en que las reuniones previas a las reuniones de los órganos rectores pueden contribuir a que los países conozcan las contribuciones sustantivas que los ANE tienen que hacer antes de la reunión formal.

Los EE.UU. también señalaron que las ANE incluyen fundaciones filantrópicas, el mundo académico, la sociedad civil y grupos de defensa, así como el sector privado, y que su impresión era que ninguno de estos grupos sentía realmente que la FENSA había facilitado plenamente su capacidad para colaborar con la OMS, incluso durante la pandemia. Concluyó haciendo un llamamiento a la OMS y a los Estados miembros para que se esfuercen por eliminar las barreras a las que se enfrentan las partes interesadas en todo el espectro de las ANE, incluso durante el proceso del Órgano Rector.

En su respuesta a las intervenciones de los asistentes, la Secretaría indicó que, en su opinión, las declaraciones de los grupos de interés permitían a los ANE ejercer una influencia más concentrada y, al mismo tiempo, garantizar la eficacia de la reunión, que estaba dispuesta a consultar a los ANE sobre los puntos que se abrirían para las declaraciones de los grupos de interés y se disculpó por la falta de espacio físico para los ANE en la sala de reuniones (achacándolo a las limitaciones de espacio del nuevo edificio). Al final de sus comentarios, la secretaria afirmó la importancia de escuchar las diversas voces de los ANE y que en ningún caso pretendía limitarlas.

Al término del debate, el Comité Ejecutivo toma nota del informe. El Presidente decidió aplazar la cuestión de la adopción de la decisión, ya que se habían propuesto nuevas enmiendas.

Punto 23.4

Compromiso con los actores no estatales: Informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con los agentes no estatales ([EB152/39](#))

El presidente *del PBAC* tomó la palabra en primer lugar para pedir a los miembros del EB que tomaran nota del informe y consideraran la adopción de la decisión EB152/40.

EE.UU. realizó la primera intervención y solicitó información adicional sobre cómo la OMS **realiza el seguimiento y la comparación de la participación de los ANE en toda la organización, incluidas**



las oficinas regionales, y dónde mejorar las áreas de divulgación. También señaló que el Comité de Examen de Propuestas de la FENSA celebraba reuniones para debatir casos que requerían orientación de la alta dirección, y pidió a la secretaría que explicara cuántos casos se debatieron en 2022 y qué tipos de casos requerían esa orientación. EE.UU. volvió a señalar que parece que sigue habiendo **problemas importantes con la aplicación de la FENSA.**

Etiopía advirtió de que disponer de la capacidad adecuada a **nivel regional y nacional es fundamental para garantizar la diligencia debida en la contratación de ANE, con el fin de evitar posibles riesgos asociados a dicha contratación, como conflictos de intereses, explotación sexual, abusos y acoso, entre otros.** También afirmó que contar con la capacidad adecuada a **nivel regional y nacional es clave para garantizar la debida diligencia en la contratación de ANE, con el fin de evitar los riesgos potenciales asociados** a tales contrataciones, incluidos los conflictos de intereses, la explotación sexual, el abuso y el acoso y otros riesgos potenciales.

China argumentó que la toma de decisiones relevantes en la OMS debería estar dirigida por los Estados miembros y afirmó que los ANE **no son adecuados para participar en la toma de decisiones de la OMS.** También afirmó que **la OMS debería reforzar su supervisión y seguimiento de los ANE que mantienen relaciones oficiales** con la OMS para garantizar que son coherentes con el espíritu y los principios de los debates o resoluciones pertinentes.

Al término del debate, el EB tomó nota del informe sobre el punto 23.4.

Punto 23.5

Orden del día provisional de la 76ª Asamblea Mundial de la Salud ([EB152/41](#))

Tema 22

Información actualizada sobre el Fondo de Infraestructuras: Estrategia de renovación de los edificios de Ginebra ([EB152/32](#))

Una de las cuestiones clave debatidas en este punto del orden del día fue si el EB debería considerar el voto electrónico en futuras reuniones. Senegal, en nombre de AFRO, declaró que **aprueba la utilización del fondo para financiar la renovación del edificio principal.** También respaldó el **proyecto relativo a la adopción de un sistema de votación electrónica por parte de los órganos deliberantes de la OMS.** No obstante, la región africana **insistió en la necesidad de asegurarse de que la seguridad está garantizada durante todo el proceso antes de que se adopte realmente.** Invitó al Consejo Ejecutivo a tener en cuenta el respeto **de las prestaciones energéticas modernas,** así como los requisitos adicionales para las personas con discapacidad en la aplicación de todos estos proyectos. Maldivas también hizo hincapié en garantizar la seguridad de un sistema de votación electrónica y en tomar medidas para las personas con discapacidad.



Francia indica que, **en principio, no se opone al voto electrónico**. Sin embargo, recordó que la **norma general sigue siendo la reunión presencial** y que, por tanto, no es deseable que las votaciones se realicen a distancia. Recomendó que el voto **electrónico no sustituya en modo alguno la búsqueda de una herramienta aceptable para el consenso**. *Brasil* también pidió que la toma de decisiones por consenso siga siendo el núcleo de la OMS como institución multilateral. Señaló que la votación electrónica podría aumentar los conflictos entre delegaciones y lamentó que pareciera estar surgiendo un giro hacia la votación en el EB. El *Reino Unido* señaló que el EB **es, por su naturaleza, un foro más dinámico e interactivo y con un número menor de Estados miembros**. Por lo tanto, considera que los **argumentos a favor de un sistema de votación electrónica son menos obvios en el contexto del EB**. *China* también expresó su preocupación por la práctica de votar sobre cuestiones técnicas, en lugar de resolverlas por consenso. Indicó que la Secretaría debería **considerar tanto la conveniencia como la fiabilidad de la votación electrónica, así como su impacto en la toma de decisiones de los Estados miembros antes de tomar una decisión definitiva**. Maldivas solicitó disposiciones que **permitieran la votación manual en caso de que los Estados miembros desearan utilizar** esta opción.

En su respuesta, la Secretaría agradeció los comentarios y se comprometió a realizar un análisis financiero y de riesgos sobre la cuestión y a informar de nuevo al Consejo. El debate concluyó con la aprobación por parte del Consejo del orden del día provisional de la AMS76 y del proyecto de decisión que figura en el documento EB152/42.

Orden del día 12.1 (continuación)

Reanudación del debate sobre el segundo y tercer punto del punto 12.1: Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias

A continuación, la Junta reanudó el debate sobre el punto 12.1 del orden del día, es decir, el refuerzo de los ensayos clínicos para proporcionar pruebas de alta calidad sobre las intervenciones sanitarias y mejorar la calidad de la investigación; y la coordinación y el reparto proporcional de los fondos para la contribución de la asociación del marco de preparación ante una pandemia de gripe para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios.

Yemen hizo la primera intervención y, en nombre de su **región, expresó su agradecimiento por el marco y por la contribución de la asociación** y las inversiones realizadas en los países que necesitan recursos externos, ya que ha sido útil para crear las capacidades esenciales mencionadas en el Reglamento Sanitario Internacional. Recomendó a la DG que **modificara temporalmente el reparto de fondos debido a la** necesidad de responder eficazmente a las situaciones de emergencia. *Corea* se hizo eco de estas opiniones en ambos subapartados. *Japón* se mostró de acuerdo con la propuesta de división de la

financiación del PIP, pero solicitó, a efectos de rendición de cuentas, que el DG **informara al EB y al Comité Permanente sobre HEPRR, y que también informara a los contribuyentes sobre el cambio temporal.**

Japón declaró además que si se iba a ampliar el ámbito de los patógenos cubiertos por el marco PIP más allá de los virus de la gripe, o si se iba a considerar un aumento de las contribuciones. **Japón desea solicitar a la Secretaría que siga compartiendo con frecuencia información sobre el marco de PIP, no sólo con los Estados miembros, sino también con las demás entidades interesadas, incluidos los fabricantes.**

En cuanto a los ensayos clínicos, *Colombia* **pidió que los resultados de los ensayos clínicos se dieran a conocer de forma transparente y que los ensayos incluyeran a poblaciones especiales que pudieran requerir estrategias de tratamiento especiales.** Abogó por que las **comunidades y los pacientes estuvieran en el centro de los ensayos clínicos y la investigación y, por tanto, fueran los primeros en beneficiarse de la tecnología o los fármacos evaluados.** También afirmó que deben dismantelarse las barreras que impiden crear capacidad local para la investigación y los ensayos clínicos, y pidió que estos procesos refuercen la soberanía sanitaria y la equidad en salud. *Argentina* **pidió que los ensayos clínicos se complementen con estudios para evaluar el impacto económico y presupuestario** de las intervenciones, lo cual es importante para garantizar que las intervenciones sean sostenibles desde el punto de vista financiero y programático.

Noruega expresó su apoyo a la propuesta de realizar un mapeo de las infraestructuras nacionales, y propuso que para ello la Secretaría podría desarrollar una encuesta estandarizada e invitar a participar tanto a los países como a las redes internacionales de ensayos clínicos. Además, recomendó que, para **incluir los niveles de Atención Primaria de Salud, se invitara también a las sociedades profesionales a participar en el ejercicio de cartografía.** También señaló que para romper los silos entre los ensayos clínicos y la aplicación en la práctica clínica, la Secretaría debería **considerar la posibilidad de ampliar la cartografía actual con el fin de formar una visión más completa, pero debería hacerlo sin que el ejercicio consuma muchos recursos.**

Durante las intervenciones de la ANE, *la IFPMA* argumentó en contra de las modificaciones propuestas del Marco de PIP,

"Como socio del Marco de PIP desde hace mucho tiempo, la industria está muy preocupada por la recomendación del Grupo Asesor de PIP a la DG de la OMS de ampliar el Marco para incluir los virus de la gripe estacional y llevar este debate a los Estados miembros. La industria se opone firmemente a esta ampliación, ya que 1) no ayudaría a mejorar la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe ni reforzaría el SMVRG, el principal mandato del PIP, 2) no abordaría eficazmente los retos de APB que pretende mejorar, y 3) tendría un impacto negativo en el rápido desarrollo, fabricación y suministro de vacunas contra la gripe estacional. Además, esto



supondría un tercer proceso de negociación en paralelo a los debates sobre el INB y el RSI. La industria también señala que el Marco PIP no debería considerarse un modelo de ABS para el Acuerdo sobre Pandemias, ya que su naturaleza transaccional, entre otras, no es adecuada para una respuesta pandémica rápida".

Por el contrario, *MSF* *abogó* por que se tuviera más en cuenta la equidad en el debate de la OMS sobre los ensayos clínicos,

"El informe de la OMS sobre ensayos clínicos expone algunos de los retos que plantea la generación de pruebas clínicas. Sin embargo, no incluye consideraciones sobre el acceso en su núcleo. Se necesitan condiciones y principios de acceso, así como transparencia en los datos y costes de los ensayos clínicos, tal y como destacaron los Estados miembros en el órgano intergubernamental de negociación (ONI) y en el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), para permitir el acceso a las tecnologías y los conocimientos técnicos. Del mismo modo, se necesita un sistema global de acceso y reparto de beneficios para los ensayos clínicos que facilite el intercambio oportuno de patógenos y secuencias genómicas. Estos aspectos deben ser centrales tanto en el documento de mejores prácticas que elaborará la Secretaría de la OMS, por mandato de la Resolución sobre ensayos clínicos de la AMS, como en la herramienta de autoevaluación que debe diseñarse con amplia participación y representación, en particular de los PBI y los PIM, para mejorar el diseño de los ensayos clínicos en todos los entornos.

[cierre de la sesión de tarde, antes de volver a reunirse para la sesión de noche].

Sesión vespertina: de 18.00 a 19.00 horas

Orden del día 12.1 (continuación)

Reanudación del debate sobre el segundo y tercer punto del punto 12.1: Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias

Japón propone una redacción revisada que se ajusta al marco PIP tras una consulta con el departamento jurídico y el secretario del marco PIP. La propuesta se refiere al apartado 6.14.6. Después de la palabra "deberán", se propone "sin demora". Después de "Estados miembros", añade "fabricantes y otras partes interesadas". Mike Rayn confirma que está en línea con el marco PIP.

"Disponer decidido; que para garantizar que la división proporcional no obstaculice las medidas de respuesta necesarias durante las emergencias de gripe pandémica, el director general siga teniendo la posibilidad de modificar temporalmente la asignación de los recursos de la contribución de asociación según sea necesario para responder a dichas emergencias y que el director general informe sin demora de cualquier modificación de este tipo a los Estados miembros y a los fabricantes y otras partes interesadas."

John (secretaría) responde a la resolución sobre ensayos clínicos. Los EM mencionan el trabajo necesario para mejorar sus propias capacidades de ensayos clínicos. A veces sólo un EM participa en los ensayos clínicos. Pero lo más frecuente es que se trate de esfuerzos multinacionales. Los esfuerzos realizados durante Covid-19 deben continuar también durante el periodo normal. La Secretaría ha tomado nota de la petición de trazar un mapa de referencia del ecosistema de los ensayos clínicos. Se trata de un plan más profundo. También desea que las CT multinacionales sean de alta calidad.

Mike Rayn responde a la cuestión de los TC: La plataforma abierta de la OMS fue financiada por PIP. Así que los beneficios del PIP están llegando a todo el mundo. Es un reto sacar al mercado material experimental durante una emergencia. El PIP recibió 250 millones de dólares en los últimos años para apoyar la preparación. Esto ha permitido, por ejemplo, la ampliación masiva del SMVRG en todo el mundo para apoyar la vigilancia, los laboratorios, la formación, el suministro de equipos, etc. 7,5 millones de personas recibieron formación en todo el mundo durante Covid-19, 49 cursos sólo sobre Covid en 69 idiomas. Todo ello financiado en su totalidad por el PIP.

No está previsto revisar el PIP en este momento.

Presidente: Se toma nota de los informes contenidos en los documentos EB 152/13 y EB 152/14. Decisión modificada adoptada. 12.1 Hecho.

19. Ciencias del comportamiento para mejorar la salud

Malasia presentó una resolución sobre esta cuestión. Tiene muchos copatrocinadores. Si bien algunos Estados miembros la apoyan plenamente, bastantes se pronunciaron a favor de que sea un tema mucho más amplio que incluya la salud sexual y reproductiva, la salud mental, etc.

Canadá: Defiende la ciencia del comportamiento como enfoque multidisciplinar. Fue útil durante Covid-19. La BS puede aplicarse a la administración de antimicrobianos, la salud mental y la salud pública.

India: La BS puede contribuir al cambio individual, organizativo y comunitario hacia la búsqueda de servicios sanitarios. Los aspectos de promoción de la salud forman parte de la lucha contra las ENT, etc. India también lo utilizó durante Covid-19. El establecimiento de normas y una formación adecuada pueden ayudar. Se necesita más investigación y capacitación.

China: Apoya la resolución de Malasia de utilizar BS para necesidades de salud pública. Los comportamientos saludables no pueden separarse de un medio ambiente sano y de agua y saneamiento seguros. China está preocupada por el reciente anuncio de Japón de que verterá al océano la contaminación nuclear de la central nuclear de Fukushima. Esto es muy irresponsable.



Perú: Se necesita un enfoque multidisciplinario. Se debe contar con un equipo con conocimientos y experiencia en salud pública que incluya psicólogos, profesores especializados en educación de adultos, antropólogos, sociólogos, entre otros.

Maldivas: SDH debería formar parte.

Uruguay: Publicó un artículo en noviembre de 2021 en el Boletín de la OMS en el que describía la iniciativa del país para mejorar la salud utilizando las ciencias del comportamiento. El artículo describía el trabajo del laboratorio socioeconómico y de comportamiento y la experiencia de Uruguay durante Covid-19. El laboratorio fue creado para producir y difundir el conocimiento sobre la dinámica del comportamiento, los impactos socioeconómicos y los efectos en la salud mental de Covid-19 en la población uruguaya.

Singapur: Debería haber APP en este campo. Apoya firmemente las tecnologías sanitarias digitales. Un ejemplo son los incentivos inteligentes. Ha colaborado con Apple para crear un viaje de salud integrado con tecnología que plantea retos personalizados y recompensas económicas a los participantes que mantengan comportamientos saludables. Las autoridades sanitarias recopilaron datos que de otro modo no estarían fácilmente disponibles.

Secretaría de la OMS, John Reader: La idea es crear una ciencia del comportamiento metodológicamente sólida y de alta calidad. Covid-19 ha puesto de relieve la necesidad de intervenciones tanto conductuales como biomédicas. Los comportamientos vienen determinados por el entorno en el que las personas toman decisiones, no sólo por el hecho de centrarse en los individuos. La BS debe ser específica para cada contexto, por lo que las oficinas regionales deben adaptar las herramientas de evidencia y las lecciones aprendidas en función de los contextos específicos. Necesidad de capacitar al personal sanitario. Utilizaremos la Academia de la OMS para reforzar la capacidad en este ámbito.

Tedros: Hubo una nota conceptual sobre BS y el trabajo se basa en ella. También contamos con un grupo de asesoramiento técnico.

Presidente: Se toma nota del informe 152/25

152/documento de conferencia 6: se adopta la decisión

Punto 19 concluido.

Punto 23.3 Participación de los ANE en los órganos rectores de la OMS Documento 152/38:

Las propuestas de Omán y Canadá pueden tener cabida en los puntos de decisión.

Japón respondió a la declaración de China sobre los residuos nucleares de Fukushima vertidos al mar: Japón está haciendo todo lo posible dentro del derecho internacional.



Health for All Now!
People's Health Movement

China responde: Hay demasiada contaminación y continuará durante los próximos 30 años. La salud de nuestras generaciones futuras está en peligro.

Japón responde de nuevo. Los mismos puntos.

China responde. Puntos similares.