

Traduit de l'anglais par deepl.com

**Sesión informativa diaria de PHM sobre la 152ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS:
Día 4 (2 de febrero de 2023)**

Informe elaborado por el equipo WHO Watch de PHM

Sesión MAÑANA

La jornada comenzó puntualmente con el debate del punto 9 del orden del día. **Proyecto de estrategia mundial para la prevención y el control de las infecciones (documentos [EB152/9](#) y [EB152/9 Add.1](#))**. *Dinamarca* comenzó reconociendo la pandemia silenciosa de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y la necesidad de abordarla también a través de **la atención primaria para controlar la transmisión de la RAM en las comunidades**. La higiene y el saneamiento son esenciales, así como el uso de vacunas. *Rusia* concedió importancia al **avance de los sistemas de vigilancia a diferentes niveles nacionales**, que pueden controlar los microbios y utilizarse para el control y la vigilancia epidemiológicos. Se mostraron en desacuerdo con el **lenguaje del documento**, considerado **incorrecto al referirse a las minorías sexuales**. Pidieron que se corrija los errores antes de presentarlo a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) para que pueda ser adoptado. *Francia* subrayó que la infección no sólo se produce en la atención sanitaria, sino también en las comunidades. Instó a la pronta aplicación de la estrategia mundial y señaló la **necesidad de desarrollar indicadores compartidos y de garantizar la disponibilidad de datos sobre CIP en las redes de vigilancia**. *Malasia* apoyó la estrategia y sugirió que la CIP **se incluyera en el presupuesto bienal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** para garantizar una aplicación sostenida. El *Reino Unido* señaló la necesidad de reforzar los programas de vacunación, agua y saneamiento, y añadió que esto **debería estar interrelacionado con el debate sobre el tratado/acuerdo de pandemia**. Además, hizo hincapié en la rentabilidad de una estrategia, que a menudo se pasa por alto, y que es fundamental. *Corea* dijo que había que mejorar la gestión de las instalaciones sanitarias y el entorno y **abordar los puntos ciegos** en el avance de la CIP en el sistema nacional. *Maldivas* volvió a recordar que los PBI y los PIM tienen **dificultades para aplicar estrategias de CIP y de seguridad del paciente**, y pidió que los Estados Miembros (EM) adopten estrategias transversales similares. Por lo tanto, respaldaron la estrategia que debía adoptarse. *India* declaró que la OMS debería encargarse de la implementación de la intervención a nivel nacional. Es necesario intensificar los esfuerzos, así como la vacunación. Pidió una **inversión sostenida para la CIP en los países seleccionados**. *Perú* señaló la necesidad de reforzar la **colaboración de la CIP y otros planes relacionados**, como los planes AMR. *China* mencionó la necesidad de **aclara la responsabilidad multisectorial** y la importancia de la legislación en la CIP. *EE.UU.* hizo hincapié en el enfoque multisectorial y en la necesidad de **pasar de la inversión covid 19**



a la CIP para lograr la sostenibilidad. *Botsuana y Namibia* se hicieron eco de esta opinión y añadieron la importancia de llegar a las comunidades y de abordar la brecha entre los centros sanitarios públicos y privados. *Madagascar* pidió **implicar de forma efectiva al sector privado** y educar al público en la estrategia de CIP y recomendó que el borrador se decida antes de la próxima AMS. *Omán* aconsejó que se aprovechara el impulso de Covid19 para proporcionar orientación a los EM en materia de CIP. *Siría, en nombre de la Región del Mediterráneo Oriental (EMRO)*, informó de que 14 de los países de la región habían requerido una estructura de CIP y se habían desarrollado 17 directrices. También señalaron que la estrategia de la CIP contenía terminología que se había utilizado sin consenso previo, es decir, el término inglés "Sexual orientation". **Prefirieron que se utilizara un lenguaje no polémico para que el proyecto de estrategia pudiera adoptarse en la próxima AMS.** *Eslovaquia* destacó la necesidad de una mejor coordinación y consulta entre periodos interseccionales y el **establecimiento de un Grupo de Trabajo** para incorporar mejor los **riesgos de la biología moderna** relacionados con la creciente actividad humana. *Brasil* promovió el acceso asequible y equitativo para la **producción local y la innovación de nuevos antimicrobianos** como estrategia de la que se hizo eco posteriormente *Bangladesh*. *Afganistán* advirtió de que **la estrategia contra las infecciones hospitalarias podría no ser pertinente en lugares que carecen de infraestructuras** y pidió que se haga más hincapié en la vigilancia. *Alemania* aconsejó implicar a los pacientes en la creación de herramientas para la seguridad de los pacientes, mientras que *Australia* pidió a la OMS que ayude más a los países en desarrollo que experimentan dificultades. No hubo objeciones y se adoptó el borrador, pero *Rusia* advirtió al Consejo Ejecutivo (CE) de que se asegurara de que se realizaban enmiendas para excluir las palabras que no se habían acordado por consenso con el fin de evitar repetir desacuerdos pasados en la AMS76.

Pasamos al punto **10 del orden del día. Hoja de ruta mundial para vencer a la meningitis en 2030 (Documentos [EB152/10](#) y [EB152/10 Add.1](#))**. *Paraguay* comenzó afirmando la necesidad de recursos suficientes a todos los niveles para **garantizar el acceso a las vacunas a todas las generaciones**. *Senegal, en nombre de 47 EM de la región africana*, aconsejó **incluir la prevención, la detección y el seguimiento de los pacientes** y subrayó la importancia de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y de la Atención Primaria de Salud (APS) a la hora de plantear la vigilancia. *Brasil* subrayó el papel crucial de las actividades de inmunización sistemática para la APS, la tecnología asequible y el intercambio de vacunas, así como la movilización de recursos. Animaron a **integrar la meningitis en los programas de APS integral** para mejorar también la vigilancia y la investigación. *Rusia* pidió que el trabajo del grupo de trabajo técnico concluyera rápidamente y que se prepararan los requisitos económicos y financieros. *Ghana* pidió a la Secretaría que ayude a movilizar recursos y a poner en marcha planes estratégicos nacionales y solicitó al Director General (DG) que informe sobre los avances en relación con la hoja de ruta global. *Malasia* señaló la **importancia de un grupo de apoyo estratégico que reúna** a gobiernos, actores no estatales (ANE) y socios privados para todo, incluida la financiación. *India* pidió **claridad sobre cómo deben implementarse los objetivos a nivel nacional** y sugirió la colaboración entre los Estados miembros para un enfoque centrado en las personas. También pidió a la Secretaría reservas adecuadas de vacunas contra la meningitis y apoyo para infraestructuras



apropiadas. *Japón* acogió con satisfacción la integración de la meningitis en la APS y aconsejó **reforzar al mismo tiempo las capacidades de diagnóstico precoz en laboratorio**. *Maldivas* hizo hincapié en reforzar la prevención en la APS, lo que requiere **mejorar la capacidad de los laboratorios y la vigilancia**, y recomendó **coordinar las capacidades de análisis**. Nos recordaron que los avances se ven limitados por la dispersión geográfica y la escasez de recursos. No hubo objeciones y se adoptó el proyecto.

A continuación se trató el punto **11 del orden del día. Normalización de la nomenclatura de los productos sanitarios (Documento EB152/11)**. *Dinamarca*, en nombre de la UE y de los países candidatos (*Moldavia*, *Noruega*), comenzó informando de que la nomenclatura de la Nomenclatura Europea de Productos Sanitarios (EMDN) es gratuita y ha cumplido los criterios de bien público mundial. Está **disponible y puede utilizarse para uso público mundial**. Pidieron a la OMS que especifique el calendario y los resultados y que lo deje claro a los Estados miembros. *China* informó de que la nueva **base de datos nacional china está disponible para que la utilicen todos los países**. También expresó su deseo de participar en los trabajos técnicos. *Canadá* no apoyó la nomenclatura existente en la plataforma porque les preocupaba la información fiable y el coste. Advirtieron de que el hecho de **copiar y mapear datos de diferentes fuentes tiene un impacto y puede llevar a confusión**. *Malasia* pidió a la OMS que **considerara los criterios de agrupación** de productos sanitarios que se habían aplicado. *Ghana*, en nombre de 47 EM de la región Afro, pidió a la Secretaría que **impartiera formación sobre el uso de la nomenclatura** para hacer un seguimiento de los productos sanitarios en la región. *Siria* agradeció el esfuerzo de la OMS y afirmó que no podíamos garantizar que todos los EM recibieran productos sanitarios si estaban **sometidos a sanciones**. *Moldavia* recordó que la **regulación de los productos sanitarios estaba poco desarrollada y definida**, pero los países están desarrollando rápidamente su capacidad. Hicieron hincapié en la necesidad de formación especializada. Es importante para reducir los conflictos de intereses y el riesgo de corrupción, así como el uso ineficiente de los recursos públicos. *India* pidió a la OMS una base de datos basada en la evidencia y orientaciones sobre productos sanitarios. *Corea* reiteró la importancia del sistema de clasificación y nomenclatura, **un activo fiable para el sistema regulador de los países**. *Rusia* insistió en que era **prematureo proponer ahora un sistema único**. Se toma nota del informe sin objeciones.

Se inició el debate sobre los puntos del orden del día **13.1 Erradicación de la poliomielitis (Documento EB152/18)** y **13.2 Planificación de la transición a la poliomielitis y poscertificación de la poliomielitis (Documento EB152/19)**. *Brasil* estaba preocupado por los brotes en países de todo el mundo. El **retorno de la poliomielitis**, que la comunidad científica había predicho durante mucho tiempo, se había hecho realidad. Mantuvieron que **la erradicación sigue siendo factible y necesaria**, con el apoyo de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI). *Afganistán* se mostró preocupado por la seguridad de los **trabajadores sanitarios comunitarios**. Se habían producido **ataques selectivos y ellos, en su mayoría mujeres, habían**



muerto durante la vacunación contra la polio. También hubo enfrentamientos en la frontera entre Afganistán y Pakistán. Por ello, propusieron que se desarrollaran **tácticas específicas para cada contexto.** Se levanta la sesión hasta después de comer.

Sesión de TARDE

La reunión continuó tras la pausa del almuerzo para tratar **el punto 13 del orden del día.** *China* afirmó que la **erradicación mundial debe abarcar a la comunidad de dosis cero.** También pidió que se mantuviera una elevada tasa de vacunación contra la polio y pidió a otros EM que ayudaran a reducir los brotes de poliovirus salvaje en regiones clave. *Canadá* *pidió el* compromiso de financiar la GPEI y dijo que los debates mundiales sobre **la PPR** podrían ser una **oportunidad para aprovechar y transferir los activos de prevención de la poliomiélitis, incluidos los centros de operaciones de emergencia.** *Perú* subrayó la necesidad de una estrategia de intervención para las zonas de difícil acceso con la promoción de **mensajes de comunicación adaptados a las necesidades de las personas.** *Senegal, en nombre de la región AFRO,* reiteró su compromiso con un mundo libre de polio. Afirmó que era necesario **aumentar la financiación de** la erradicación de la poliomiélitis, así como la vigilancia de la poliomiélitis derivada de la vacunación. Hicieron hincapié en la importancia del **compromiso político incluso después de la erradicación.** *India* declaró que su gobierno había proporcionado toda la financiación para la poliomiélitis, pero pidió a la OMS que desarrollara un plan de financiación comprometiéndose con las principales partes interesadas, incluidas las organizaciones del sector privado, de modo que **podieran explorarse nuevas fuentes de financiación para complementar las fuentes tradicionales.** *Francia* pidió que se reforzara el sistema sanitario y señaló el **papel vital de las sociedades civiles y los trabajadores comunitarios en la erradicación de la polio.** *Rusia* se preguntó por qué el informe parecía centrarse en las regiones AFRO, Región del Sudeste Asiático (SEARO) y EMRO cuando se **sabía que la poliomiélitis derivada de la vacuna "se importaba a distancia" debido a la presencia de grupos vulnerables y a las lagunas en la vigilancia.** Pidieron que se reconsideraran las medidas relativas a los países no epidémicos. *El Reino Unido* pidió a la OMS que expusiera claramente cómo planea garantizar que las lecciones aprendidas sobre la erradicación efectiva se aplicarán en 2023, ya que 2022 ha demostrado que el **progreso es frágil.** En especial, pidieron a la OMS que explique cómo planea **colaborar con GAVI para llegar a los "niños con dosis cero".** *Corea* animó a **los Estados miembros a asignar rápidamente un nivel adecuado de recursos** en materia de vigilancia; por su parte, *Siria* subrayó que **debe asegurarse una financiación suficiente para garantizar una vigilancia eficaz** de los nuevos casos. *EE.UU. hizo un llamamiento* a la GPEI para que mejore el déficit de vigilancia de la polio en Pakistán, Afganistán y el sur de África. Hicieron hincapié en que **la poliomiélitis sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés) según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI),** y *Timor Oriental* se hizo eco de la misma opinión. A *Yemen* le preocupa que los pequeños focos de Afganistán y



Pakistán puedan suponer un riesgo de propagación regional y pide más esfuerzos para evitarlo, dando prioridad a la inmunización sistemática y **centrándose en los niños con dosis cero en países con brotes prolongados, como Somalia y Yemen**. *Malasia* señaló que la **aparición de la polio en el Reino Unido y Estados Unidos demuestra que la polio puede aparecer en cualquier lugar**. Hicieron hincapié en el fortalecimiento de la vigilancia y pidieron que se diera prioridad al marco de laboratorio en la transición de la poliomielitis. *Paraguay* señaló la **necesidad de analizar las necesidades y oportunidades de financiación** en los distintos países y pidió que se utilicen **vacunas orales** para llegar a **los niños de alto riesgo en zonas de difícil acceso**. *Moldavia* informó de que la inmunización ha disminuido debido a la guerra en Ucrania y a la migración de 20.000 o más niños. Tampoco **existían datos de vacunación para los niños procedentes de Ucrania** y pidió a la OMS que considerara la posibilidad de dar prioridad al programa de inmunización entre los refugiados. *Colombia* declaró que los brotes de poliomielitis derivados de la vacunación suponen **un reto para la eficacia de la arquitectura de Salud Mundial**. *Eslovaquia* se hizo eco de las declaraciones de Moldavia y Senegal y pidió a la OMS y a sus socios que trabajen más para fomentar la **contextualización especial de los servicios, especialmente en escenarios de conflicto y en comunidades vulnerables** con sistemas sanitarios frágiles. *Etiopía* se hizo eco posteriormente de la misma idea. Eslovaquia expresó que es necesario trabajar más en las **políticas en contextos humanitarios** y en las **comunicaciones a los padres antivacunas**, que son un grupo vulnerable en contextos no conflictivos. *Yemen* pidió que los **aspectos sociales y la tradición** se implementaran en las campañas de inmunización. Admitieron **dificultades para lanzar campañas** en el norte debido a la posición de la milicia allí y que dependían del apoyo técnico de varios actores. *Maldivas* subrayó la necesidad de **pasar de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) a la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) para disminuir el riesgo de poliomielitis derivada de la vacunación** y garantizar la sostenibilidad financiera.

Mónaco mencionó que **son necesarias campañas de concienciación ascendentes** para aumentar la confianza en la vacunación entre las familias. *Pakistán* afirmó que **no había tenido ningún caso desde septiembre de 2022** y aseguró que seguía esforzándose por reducir la transmisión transfronteriza de la poliomielitis. *Zambia* informó de que ha estado respondiendo al **brote del virus salvaje de la poliomielitis (WPV)** y también está preocupada por la **reaparición del tipo 1 y la poliomielitis derivada de la vacuna**. Propuso un mayor compromiso con otros socios, como el Fondo Mundial. *Alemania* señaló que la infraestructura de la poliomielitis ha sido un activo importante en muchos países, incluso en la lucha contra el Ébola y el Covid19. Es importante **mantener los activos de la poliomielitis tras la transición** y, por lo tanto, apoyaron la **integración de los recursos de la poliomielitis en el presupuesto base de la OMS en 2025**.

El Director Regional de AFRO confirmó que la región está haciendo frente a brotes de poliovirus de origen vacunal, lo **que refleja el deterioro de la cobertura vacunal** en la zona, y recordó a los EM que deben seguir **destruyendo los materiales infecciosos innecesarios** como parte de las estrategias nacionales de contención. *Aidan O'Leary, Director de Erradicación de la Poliomielitis*, dijo que se



habían aprendido lecciones y que la clave del éxito es **escuchar y responder al virus, y hacerlo con voluntad política**, implicando a las comunidades e integrándolas cuando sea factible, y llegando a esos niños que se echan de menos. En realidad, el número de **casos en Afganistán y Pakistán se ha reducido drásticamente** y no tiene precedentes. En **Malawi y Mozambique tampoco se ha registrado ningún caso de poliovirus salvaje 1 desde agosto de 2022**. Se mostró confiado en alcanzar los objetivos este año. El *Director General, Dr. Tedros*, afirmó que "la última milla es la más difícil y no debemos abrir ningún espacio a la complacencia. Aquí es donde nos redoblamos". A continuación se tomó nota del informe sin objeciones.

Pasamos al punto 7 del orden del día **Productos médicos de calidad subestándar y falsificados (SFMP) (Documentos [EB152/7](#) y [EB 152/7/Add.1](#))**. *Dinamarca* comenzó su intervención señalando la necesidad de **luchar contra la cadena ilegal de distribución**, lo que requiere recursos y planificación, así como dar prioridad a la creación de capacidad. Animó a **reforzar la coordinación regional** para optimizar el uso de los recursos y la capacidad. *Brasil* apoyó una iniciativa para conseguir medicamentos seguros a precios asequibles y *Paraguay* expresó su interés por participar. *Siria, en nombre de la región EMRO*, coincidió en que **los SFMP son un peligro para la salud pública** y esto se amplificó en Covid19. Pidió a la OMS que prestara asistencia técnica a los Estados miembros y compartiera información para garantizar que la información correcta llega a las personas adecuadas. *Senegal, en nombre de la región AFRO*, pidió más financiación para combatir la **lacra de la circulación de SFMP**. Observó que el **problema se manifiesta de forma diferente en los distintos lugares** y pidió a la Secretaría que **facilite el intercambio y la puesta en común de información** entre los EM y cree plataformas para ello. *Maldivas* se hizo eco del mismo sentimiento y pidió que se desarrollara una metodología adecuada entre las agencias reguladoras. *Rusia señaló* que había habido **elementos politizados** en el esfuerzo por conseguir medicamentos asequibles y de buena calidad, lo que lo hacía problemático; por ejemplo, en un seminario técnico sobre detección de SFMP, no se permitió participar a una de las partes. Recordaron a la OMS su condición de actor independiente que protege la salud y el sistema sanitario. *Timor Oriental* agradeció a la OMS la **alerta sobre la contaminación de la formulación pediátrica**, que consideraron útil. Gracias a ella, **los productos** contaminados se **retiraron a tiempo**. *Malasia* instó a centrarse en la distribución y el suministro de productos a través de Internet y mencionó la necesidad de desarrollar mecanismos para **vigilar la distribución de productos médicos falsificados en el mercado informal**. *Colombia* solicitó información sobre las mejores prácticas en el abordaje de los SFMP para ajustarlas a las circunstancias del país. También recordaron que **muchos países apenas estaban empezando a desarrollar capacidades reguladoras y que ello no debía equipararse a un bajo nivel de exigencia**. *Botsuana* y *Australia* expresaron su preocupación por los incidentes de jarabes infantiles para la tos contaminados, e *Indonesia* confirmó que la contaminación de jarabes pediátricos para la tos provocó la muerte de muchos niños. *Tailandia* advirtió de que **la normativa no debe suponer una barrera para el acceso a los productos genéricos**. La *Dra. Hanan Baiki, Subdirectora General*, sostuvo que la OMS había emitido una declaración inmediata en enero de 2022 en relación con el asunto del jarabe para la tos contaminado y



que la OMS había desempeñado un papel decisivo en el fortalecimiento de las ANR y las Agencias Reguladoras Nacionales. Al no haber objeciones, se toma nota del informe y se adopta un proyecto de decisión.

El siguiente punto del orden del día era el **8. Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas sanitarios (Documentos EB152/8, EB152/CONF./1 y EB152/CONF./1 Add.1)**. *Japón* comenzó afirmando que "es necesario **reforzar la rehabilitación para lograr la cobertura sanitaria universal**" y que las aseguradoras médicas deben recibir un reembolso adecuado. Pidió la participación de los empresarios. *Perú* afirmó que era importante demostrar la rentabilidad de las intervenciones. La **rehabilitación debe ser una parte esencial de la cobertura sanitaria universal y de la APS para ayudar a planificar y presupuestar**. *Paraguay* recordó que "**no podemos hablar de CSU si no hablamos de integrar la rehabilitación en todos los niveles**". Hay que aumentar la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad para todos los que lo necesiten, por lo que el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación debe **financiarse adecuadamente**. *Dinamarca* se sumó al consenso y reiteró que la rehabilitación debe implicar el refuerzo de diversas capacidades, también en el ámbito de la salud mental. Reiteró su compromiso con la reproducción y los derechos sexuales, del que se hizo eco posteriormente el Reino Unido. *Maldivas* admitió los **problemas de mano de obra, incluida la dependencia de trabajadores expatriados**, lo que había afectado a la integración de los servicios. Expresaron la **necesidad de un enfoque ascendente** para desarrollar un sistema de rehabilitación e incorporar la rehabilitación en un contexto más amplio. *Francia* destacó la importancia de los servicios de rehabilitación, y **no sólo en un contexto de emergencia**. Se necesita formación especializada y debe haber equidad en el acceso. *Malasia* informó de que la **fisioterapia seguía siendo un reto a nivel comunitario** y que, por lo tanto, los servicios debían estar disponibles en centros de base comunitaria y/o de atención familiar. La reunión se suspende durante media hora y continuará por la tarde.

Sesión de TARDE

Continúa el debate sobre **el punto 8 del orden del día**. *China* animó a los agentes sociales a poner a disposición la rehabilitación. Apreció el proyecto de resolución y recordó que las partes interesadas podían ayudar a alcanzar el objetivo. *Los EE.UU.* declararon que existen **importantes lagunas en cuanto al acceso** y pidieron a la OMS que apoye a los países en la integración de la rehabilitación en los sistemas sanitarios. *Etiopía, en nombre de 47 EM de la región AFRO*, recordó que el 50% de las personas de los PIBM no recibían la rehabilitación que necesitaban. Los **servicios de rehabilitación deberían estar reconocidos en la cobertura sanitaria universal**. Es necesario **reforzar las capacidades y la financiación** en colaboración con todas las partes interesadas para implicar a las comunidades en zonas de difícil acceso. Piden a la OMS que aumente el apoyo a los esfuerzos nacionales. *Afganistán* mencionó que los conflictos tienen consecuencias directas e indirectas en los países afectados. Repitieron que **la rehabilitación debería formar parte de la cobertura sanitaria universal** y considerarse una



necesidad humana, no un consumo. *Rusia* reconoció que era necesario reforzar la rehabilitación en los sistemas sanitarios, sobre todo en lo que respecta al personal médico. *Eslovaquia* recordó que las discapacidades tienen implicaciones en la calidad de vida no sólo de los pacientes, sino también de sus familias y comunidades. Por ello, es **vital integrar los servicios psicosociales**. *Colombia* informó de que estaban trabajando duro para **modificar las directrices técnicas con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud**. Esto les ayudaría a recuperarse de la pandemia y a apoyar la transición demográfica de una población que envejece. Pidieron que los documentos fueran traducidos y difundidos. *India* hizo hincapié en el acceso integral a una tecnología de calidad, la mejora de la estrategia de comunicación y la **implicación de la sociedad civil**. Afirmó que se debería animar a los fabricantes locales y que **la OMS debería fomentar la inversión en dispositivos asequibles**. *Israel* señaló que la rehabilitación suele ser un gasto de bolsillo y que, por tanto, **debe garantizarse como parte de la cobertura sanitaria universal**. Hay que reconocer el **papel fundamental de la mano de obra** y la necesidad de continuar la atención, así como los problemas de salud física y mental. También se planteó el problema de que la OMS sólo contaba con dos expertos en rehabilitación a tiempo completo en las seis oficinas regionales. *Tailandia* quiere que la rehabilitación forme parte **del paquete de prestaciones de la cobertura sanitaria universal**. Los PIBM deberían **contratar I+D** para fabricar tecnología eficaz a un coste asequible. *Argentina* pidió un enfoque sensible a los derechos humanos y al género, mientras que *Ecuador* solicitó apoyo para estrategias centradas en la comunidad. *Namibia* pidió a la Secretaría que apoye a los países en la **producción local de tecnologías de asistencia** para reducir la brecha en el acceso. *Tanzania* informó de que el 60% de los enfermos de ictus menores de 45 años no tienen acceso a servicios de rehabilitación. También abogó por la **rehabilitación funcional para niños** con autismo, síndrome de Down y otros. *El Subdirector General* tomó nota de los comentarios y convino en que la **salud mental es una parte esencial del paquete**. En general, los países coincidieron en que la rehabilitación debe incluirse como parte de la cobertura sanitaria universal. Se tomó nota del informe sin objeciones y se adoptó el proyecto de decisión.

Pasamos al punto **6** del orden del día. **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 salud mental - Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones rentables para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (Documentos [EB152/6](#) y [EB152/6 Add.1](#))**. *Singapur* mencionó que la salud digital podría lograr cambios de comportamiento más saludables. *Argentina* hizo hincapié en la necesidad de **reforzar las medidas de apoyo a la salud mental durante las emergencias**. *Tailandia* agradeció a la OMS las pruebas y la intervención rentable. Reconoció que las ENT son una importante amenaza para la salud pública en la que influyen **determinantes sociales y comerciales, por lo que requieren intervenciones gubernamentales**. Apoyó la enmienda revisada del Anexo 3. *Noruega* agradeció a la Secretaría las intervenciones coste-efectivas y subrayó la necesidad de que las políticas aborden los factores de riesgo y los determinantes. Señaló que **la lista de opciones políticas eran ideas nuevas y que debían ser consideradas por la asamblea**. *Namibia* recordó que mil millones de personas viven con trastornos mentales, pero se **destina**



menos presupuesto a la salud mental. Es necesario reducir los pagos directos y reforzar el personal de salud mental. Apoyó el Apéndice 3 y el proyecto de decisión. *Fiyi* señaló que en **las orientaciones faltaban medidas que podrían afectar a la fiscalidad, la comercialización y la disponibilidad del alcohol.** *Nueva Zelanda* pidió que se **actualizara el Apéndice 3** y solicitó a la Secretaría que se asegurara de que los EM pueden aplicar políticas que se dicen rentables. *Uruguay* pidió directrices claras para abordar las cuestiones de conflicto de intereses. *Italia* espera un enfoque inclusivo y transparente y pide pruebas científicas para desarrollar intervenciones rentables. *Bélgica* se mostró preocupada por el hecho de que ningún país esté en vías de alcanzar los objetivos para 2025. Afirmó que las **"mejores compras" recomendadas por la OMS son fundamentales** para abordar el problema. *Finlandia* apoyó la actualización del Apéndice 3. *Sudáfrica* apoyó el borrador y pidió dar prioridad a la salud mental. *Tanzania* informó de que los PIBM están muy afectados por las ENT, pero las inversiones no están en consonancia con la carga. Pidió a la Secretaría que **diera prioridad a la detección precoz y facilitara el acceso a las vacunas contra el cáncer prevenible mediante vacunación.** *Palestina* informó de que la población padece ENT debido a varios factores, uno de los cuales es la larga ocupación israelí. **Durante la pandemia se confiscaron suministros médicos.** *Etiopía* pidió a la Secretaría que considerara otras intervenciones, como en **entornos prehospitalarios**, y confió en poder ayudar en este desarrollo. *Los Subdirectores Generales* sostuvieron que los **paquetes para las ENT y la salud mental no eran sólo una aspiración, sino algo alcanzable**, y que la Secretaría apoyaría a los EM en su aplicación. También reiteraron que **la cobertura sanitaria universal no debe centrarse únicamente en la eliminación de enfermedades en un plazo determinado, sino en la salud y el bienestar para todos.** Agradecieron la declaración de AFRO sobre la necesidad de medicamentos asequibles y de calidad para las ENT y confirmaron que estaban **explorando todas las vías posibles, incluyendo el proceso de precalificación (PQ) de la OMS y el compromiso con el sector privado.** Valoraron muy positivamente el deseo de Brasil de conocer el impacto en las poblaciones equitativas y vulnerables con la aplicación del plan. No hubo objeciones. El informe y el proyecto de decisión EB152/6 Add.1 fueron adoptados.

Se levanta la sesión hasta mañana a las 10.00 horas. Se debatirán los puntos 14 a 19 del orden del día.



Health for All Now!
People's Health Movement