

Traducido del inglés por deepl.com

Sesión informativa diaria de PHM sobre la 152ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Día 5 (3 de febrero de 2023)
Informe elaborado por el equipo WHO Watch de PHM

Sesión MAÑANA

Punto 14 del orden del día.

Bienestar y promoción de la salud (Documento [EB152/20](#)).

En esta sesión, se esperaba que el EB proporcionara orientaciones sobre el desarrollo ulterior del proyecto de marco de la OMS para lograr el bienestar, en particular en lo que se refiere a:

- el enfoque general adoptado;
- cualquier cambio que pueda ser necesario en el énfasis dedicado a cada sección, incluido el plan de aplicación y seguimiento;
- cualquier omisión importante.

Cómo promover el bienestar en situaciones de crisis

Muchos países intervinieron señalando que el compromiso de la OMS con la promoción del bienestar era admirable, pero complicado por las condiciones de crisis en las que viven actualmente muchas personas. *Afganistán* señaló que el **mundo está experimentando múltiples crisis humanitarias y conflictos prolongados, y que esto requiere nuevos paradigmas que puedan incorporar la promoción del bienestar en los contextos humanitarios**. Pidió que se desarrolle el "nexo humanitario-desarrollo-paz". Palestina indicó que la ocupación israelí y la guerra han afectado negativamente a la salud y el bienestar de los palestinos, y que un mayor acceso a los recursos de la comunidad mundial le permitiría avanzar. Los comentarios de la presidenta sobre este tema al final del debate retomaron las situaciones de crisis a las que se enfrentan muchas comunidades, cuando señaló que una de las principales conclusiones de la conversación es que muchas personas viven en situaciones de crisis en las que simplemente no pueden "elegir" el bienestar.

Orientación sobre colaboraciones multisectoriales, aclaración de términos

Botsuana, en nombre de AFRO, abrió el debate haciendo hincapié en los determinantes medioambientales, económicos, comerciales y políticos necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal (la UE no hizo ninguna declaración conjunta sobre este punto del orden del día). Afirmaron que "la salud y el bienestar no son un coste, sino una inversión en nuestro futuro común". Pidieron a **los EM que se complementen mutuamente en lugar de duplicar esfuerzos**. Muchos países (*Ghana*, *Malasia*) pidieron a la OMS que ofreciera **orientación técnica y apoyo al desarrollo de capacidades para crear asociaciones multisectoriales eficaces** destinadas a eliminar las desigualdades en materia de DSH. *India* subrayó que **las intervenciones** en materia de bienestar **también deberían centrarse en los sistemas de protección y bienestar social que abordan la salud sexual, la nutrición, el abuso de sustancias y el estrés**, mientras que *Alemania* hizo hincapié en una mayor integración



de la cobertura sanitaria universal, incluida la financiación sostenible y solidaria, en los marcos destinados a promover el bienestar. *Francia* también hizo hincapié en un **enfoque transversal que implique a todos los sectores e hizo repetidas referencias a los derechos humanos**. *China* pidió una aclaración sobre los términos utilizados en el documento, solicitando que la OMS añada un glosario al documento para definir los diferentes términos y explicar los vínculos entre ellos, por ejemplo, bienestar, bienestar y salud social. *Tailandia* pidió a la OMS que informara sobre el papel de todas las partes interesadas, dentro y fuera del sector sanitario, con respecto a la aplicación del marco.

Medio ambiente, abuso de sustancias

Canadá subrayó la importancia de **integrar los factores de riesgo medioambientales**, como la contaminación atmosférica y la crisis climática, y su impacto en el bienestar, por ejemplo a través de la ansiedad climática. Animó a la Secretaría a adoptar un **enfoque más firme para la promoción de la salud mental** y a prestar especial atención a las poblaciones con problemas complejos de salud mental y consumo de sustancias. *Francia* también pidió que se hiciera más hincapié en la salud mental como indicador y como objetivo. *Alemania* celebró que se hiciera hincapié en el cambio climático y la crisis de la biodiversidad como factores determinantes de la salud y el bienestar, y sugirió que la crisis de la contaminación atmosférica también se incluyera en el tema de la promoción de la salud. *Canadá* pidió además una **articulación más clara del impacto a largo plazo de las enfermedades infecciosas sobre el bienestar**, como Covid-19, y su impacto en la fase post-pandémica.

Salud digital

Francia abogó por reforzar **las tecnologías sanitarias digitales como mecanismo para promover el bienestar** y garantizar que abarquen a todas las comunidades, al tiempo que se adaptan a las circunstancias nacionales y comunitarias. *Brasil* pidió que la OMS aborde en su intervención los retos persistentes de la digitalización.

Construir la comprensión colectiva

Perú mencionó que **las elecciones eran una oportunidad para crear conciencia sobre la promoción de la salud y el consenso a largo plazo sobre la política sanitaria**. También pidió a los gobiernos que se centren en los niños que han sufrido violencia y que incluyan la atención y orientación familiar en el proceso de rehabilitación. *Malasia* pidió que los países pasen **de la concienciación sanitaria a la apropiación de la salud**, y la importancia de que los países adopten un enfoque de todo el gobierno en la promoción del bienestar. *Finlandia* argumentó que las intervenciones a nivel individual no podrán resolver la crisis actual. **Subrayó la relación entre la economía y el bienestar y propuso una colaboración más estrecha con el Consejo de Economía de la Salud para Todos** sobre este tema.

Reconocimiento de la diversidad

Muchos países mencionaron el respeto a la diversidad étnica, racial y de género como un elemento clave para promover el bienestar. *China*, por ejemplo, pidió a la OMS que tuviera en cuenta que las concepciones del bienestar están determinadas por las diferencias nacionales, culturales, económicas y políticas entre países. *Colombia* señaló que las ideas sobre "vivir bien" en América Latina incluyen el cuidado de la tierra y de los seres humanos. Subrayó que el respeto a las comunidades indígenas es fundamental para el bienestar, y que necesitamos una concepción más holística, diversa y participativa del bienestar que incluya el fin de la guerra, el patriarcado, el racismo, la descarbonización de la economía, una mejor protección del medio ambiente y el respeto a la medicina



tradicional. Colombia también destacó que estas intervenciones son esenciales para garantizar los derechos a la educación, al trabajo y a la paz, que son importantes para superar la desigualdad... *Rusia* utilizó la idea de diversidad para oponerse al lenguaje sobre género en la documentación sobre este punto. Argumentó que la OMS tiene Estados miembros muy diversos y que, por lo tanto, era inaceptable que la OMS utilizara en sus documentos una terminología de género que no había sido acordada por todos los miembros.

Nuevos indicadores, nuevas formas de inversión

México pidió que se desarrollen nuevos indicadores de bienestar diferentes de los existentes, como el PIB. También señaló que la cooperación internacional y la inversión en los PBI y los PIM necesitan más atención para garantizar que los PBI y los PIM adopten políticas más adecuadas para promover el bienestar.

No hubo más peticiones de palabra; el Consejo tomó nota del informe contenido en el documento EB152/20.

Punto 15 del orden del día.

Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales (Documento [EB152/21](#)),

Omán dijo que necesitamos un compromiso multisectorial para garantizar la denuncia y la protección de los niños frente a la violencia. Pidió que se garantice la formación y el desarrollo de capacidades, es decir, **módulos de formación en los planes de estudio de médicos, enfermeros y dentistas**. *Brasil* se hizo eco de la necesidad de formar a los profesionales de la salud, añadiendo también la necesidad de **crear una comprensión social colectiva** de esta cuestión. *Yemen* informó de que a menudo no disponían de datos para introducir la política que necesitaban y que era necesario reforzar la formación y la capacidad para mejorar su estrategia sanitaria general. *Malasia* admitió que su Ministerio de Sanidad aún tenía que desarrollar un plan de acción nacional sobre esta cuestión en el que participaran otros ministerios y partes interesadas. Pidió orientación para la formación con el fin de aumentar la capacidad del personal sanitario para **detectar la violencia contra los niños en la APS**. *Francia* se hizo eco del mismo sentimiento, pero añadió que debería haber **servicios especializados accesibles a los jóvenes**. *Ghana*, en nombre de la región AFRO, señaló con preocupación la **aplicación desigual del marco en la región**. Pidió a la Secretaría que apoyara a los Estados miembros en la creación de órganos intersectoriales dentro del Ministerio de Sanidad para ayudar a coordinar los esfuerzos. *Japón* planeó abordar la cuestión a través de las enfermeras sanitarias nacionales / municipales, pero recordó que el **sector sanitario por sí solo no podía responder a la violencia contra los niños (VAC)**. *India* afirmó la necesidad de **abordar los factores económicos y sociales que fomentan una cultura de VAC** complementada con el fortalecimiento de la capacidad del sistema sanitario a todos los niveles. Hicieron hincapié en la prevención. *Corea* propuso la creación de un grupo médico asesor y de un sistema para que los profesionales sanitarios puedan responder a la VAC con mayor eficacia. *EE.UU.* apoyó el apoyo de la OMS a los proveedores de salud de primera línea para que reconozcan los signos de negligencia e intervengan cuando sea necesario, pero hizo hincapié en un enfoque multisectorial que incluya **reformas legales para responder a la VAC**. *Colombia* reiteró el **compromiso de los EM de adherirse a la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño y a otros instrumentos de derechos humanos**. Pidió que se tuvieran en cuenta para desarrollar un enfoque transversal. Reconocieron la importancia de reformar el sistema sanitario, especialmente la APS, pero subrayaron que el **principal componente para prevenir la VAC debe hacerse en los entornos familiar, comunitario y educativo**, asegurando la detección y respuesta



tempranas. *Rusia* pidió una **evaluación médica proactiva y la aplicación de la ley**, e hizo hincapié en la necesidad de informar a los padres de los niños sobre cómo utilizar los sistemas sanitarios e **incorporar el tema en la educación médica**. *Maldivas* informó de que **el abuso de drogas había alcanzado niveles casi endémicos** en Maldivas e impulsaba el VAC. Han reforzado las campañas nacionales y los mecanismos multisectoriales, como las líneas de ayuda y los programas de apoyo a los padres. *Yemen se* enfrentaba al reto del **reclutamiento de niños en conflictos armados**. Afirmaron que los trabajadores sanitarios no sabían cómo luchar contra este problema y que había lagunas en la legislación. *Eslovaquia* señaló la importancia de **prevenir el estigma y la victimización secundaria**, incluso entre hermanos y familiares. Hizo un llamamiento a los EM para que se apoyen mutuamente y subrayó la necesidad de apoyo internacional. *Mónaco* hizo hincapié en la necesidad de **formar a los profesores**. Ecuador recordó la necesidad de **proteger la confidencialidad de los niños maltratados** y de mejorar la **colaboración entre los sistemas sanitario y judicial**. *Palestina* sostuvo que la VAC en su país estaba impulsada por los colonos ilegales israelíes, lo que requería una profunda reflexión y una respuesta de la comunidad internacional. Los **niños palestinos de la Jerusalén Oriental ocupada siguen siendo detenidos y arrestados**, lo que incluye detenciones nocturnas, dolorosas ataduras de manos, falta de acceso a un abogado y falta de instalaciones de detención adecuadas para niños. El Presidente pide a los EM que hagan más comentarios. No hubo objeciones ni comentarios, por lo que el Consejo tomó nota del informe EB152/21.

A continuación se trató el punto **16** del orden del día. **Determinantes sociales de la salud (Documentos EB152/22, EB152/CONF./2 y EB152/CONF./2 Add.1)**. Se invitó al Consejo a tomar nota del informe y a tomar una decisión para acelerar la acción sobre la prevención mundial del ahogamiento, basándose en la propuesta presentada por Irlanda y Bangladesh. *India, en nombre de la región SEARO*, solicitó al EB que adoptara un proyecto de resolución por consenso. *Perú* dijo que no había apoyo técnico a los países en relación con los determinantes sociales de la salud (DSS). Atribuyó **importancia a los mecanismos de seguimiento, es decir, a los datos para analizar las desigualdades en materia de salud**, lo que era esencial para formular planes y políticas. *Afganistán* afirmó el hecho de que vivimos en un mundo político en el que nuestras acciones están conectadas con la política y que, en un entorno así, el lema de **"la salud no es política no es realista"**. Hicieron un llamamiento a la OMS y a los Estados miembros para que no se limiten a invertir en la APS como vía hacia la CSU, sino que **ayuden a los políticos a poner fin a los actuales conflictos mundiales**; que los actores del sector sanitario deben trabajar en todos los sectores para mejorar la DSH, lo que requiere diplomacia y habilidades políticas en los líderes sanitarios. *Estados Unidos* hizo más hincapié en **abordar la discriminación estructural y los problemas raciales**. Hicieron un llamamiento a los Estados miembros para que proporcionen a los grupos marginados y excluidos acceso a la atención sanitaria primaria y destacaron la importancia del enfoque multisectorial, en particular para la financiación sostenible de la salud sexual y reproductiva. *China* respaldó la adopción del borrador y copatrocinó la resolución sobre el ahogamiento. *Canadá* hizo un llamamiento a los EM para que **actúen colectivamente contra los DSS, como el racismo, la discriminación de género y las desigualdades medioambientales**, y para que defiendan los derechos sexuales y reproductivos integrales. *Paraguay* recordó que las múltiples e importantes crisis actuales, es decir, los conflictos, el cambio climático y la pandemia de covid-19, han puesto de manifiesto y agravado las desigualdades que repercuten en la salud. Por ello, consideraron esencial **responsabilizar a otros sectores e instituciones para inculcar una cultura de la salud**. *Corea* desea copatrocinar el proyecto de resolución sobre el ahogamiento. Pidió desarrollar indicadores para vigilar las desigualdades sanitarias y centrarse en los grupos (inmigrantes o personas sin hogar) que sufren carencias



sanitarias. El *Reino Unido* pidió a la OMS que aclare cómo logrará un enfoque más multisectorial y fomentará una mayor integración, más concretamente sobre los planes para comprometerse con otros más allá del sector sanitario para hacer frente a los impactos sanitarios del cambio climático. *Brasil* reconoció la necesidad de que la política social reconozca el **papel del género como un fuerte determinante estructural de la salud**. *Japón* reconoció que el mundo se enfrenta a muchas crisis interrelacionadas, como la covid19, la guerra y los conflictos, el clima y la crisis del coste de la vida. *Rusia* copatrocinó el proyecto de resolución sobre el ahogamiento. *India* destacó la **desigualdad entre zonas rurales y urbanas** y apoyó el uso de las **tecnologías digitales y los trabajadores sociales comunitarios para abordar los obstáculos a la salud sexual y reproductiva**. *Etiopía* propuso **aumentar el compromiso con los socios para el desarrollo** e hizo un llamamiento a la necesidad de competencias en diplomacia sanitaria. *Maldivas* recordó que los grupos sociales en distintas posiciones habían experimentado de manera diferente el impacto de las múltiples crisis. Afirmó que es necesario disponer de **datos desglosados** y cruzarlos con los datos de otros programas sectoriales para mejorar la DSS, medir el despilfarro de los sistemas sanitarios y abordar la eficacia de las políticas. Colombia copatrocinó el proyecto de resolución sobre ahogamiento. *Colombia* pidió a la JE que incluyera cuestiones como la DSS y las desigualdades en la atención sanitaria en el orden del día de la próxima AMS. Subrayó la necesidad de **garantizar el derecho a la salud por encima de consideraciones económicas y comerciales**. El Presidente levanta la sesión hasta las 14.30 horas.

Sesión de TARDE

Tras el almuerzo, prosiguió el debate sobre **el punto 16 del orden del día**. *Bangladesh* informó de que el ahogamiento era la principal causa de mortalidad. En el contexto del empeoramiento de los determinantes sociales de la salud, el cambio climático y las inundaciones, los ahogamientos **pueden prevenirse con intervenciones y medidas de prevención a gran escala**. Pidieron a los Estados miembros que apoyaran la resolución. *Noruega* hizo hincapié en el vínculo entre los DSS y las desigualdades sanitarias y afirmó que **la APS es clave en el sector sanitario** para reforzar los sistemas de salud, la preparación y la respuesta globales, así como para abordar los problemas de salud mental. Como copatrocinador, *Mónaco* ofreció su apoyo incondicional al proyecto de resolución sobre el ahogamiento y a su aplicación. *Namibia* afirmó la necesidad de **abordar las barreras a la equidad sanitaria**, incluidas la desigualdad económica, la guerra y los conflictos, y la discriminación estructural, para lograr avances. *Sudáfrica* recordó que había pocos avances en materia de DSS en los países o entre ellos; de hecho, había empeorado. Quieren que **se aborde la cuestión de la DSH en el contexto del COVID-19 y de otras emergencias sanitarias**. Consideraron importante reforzar las técnicas de salvamento en caso de ahogamiento, por lo que se inscribieron como copatrocinadores. *Indonesia* copatrocinó el proyecto de resolución sobre ahogamientos porque, al ser el mayor archipiélago del mundo, **el riesgo de ahogamiento era uno de los más altos entre los peligros que se encuentran a diario**. *Fiyi* apoyó la resolución porque **las perturbaciones con variación estacional afectaban a su sistema sanitario** y pidió ser copatrocinador. *Tailandia* seguía esperando que se aplicara la resolución WHA74.16 para lograr una equidad sanitaria mundial integral. *Ecuador* copatrocinó la resolución e hizo hincapié en la colaboración multisectorial. *Suiza* se mostró preocupada por la falta de avances en la superación de las desigualdades sanitarias dentro de los países y entre ellos, y por la **infrafinanciación crónica de la agenda sobre DSS**. *Eswatini* y *Sierra Leona* pidieron ser copatrocinadores. *Palestina* declaró que el problema del ahogamiento afectaba a todas las regiones. Subrayaron la necesidad de una



solución geopolítica porque la guerra y los conflictos exacerbaban las enfermedades y los trastornos mentales, ya sean ricos o pobres. *Eslovaquia* solicitó **análisis de rentabilidad**, similares a los realizados en la zona euro, **para apoyar las "inversiones" en salud sexual y reproductiva**. No hubo objeciones ni más comentarios, el EB tomó nota del proyecto y adoptó la resolución.

A continuación se trató el punto **17** del orden del día. **El más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad (Documento [EB152/23](#))**. *Dinamarca* declaró que la discapacidad requiere servicios específicos especializados y diferenciados. Por ello, pidió **que se tuvieran en cuenta las experiencias de las personas con discapacidad** y alentó su participación en los procesos de planificación y toma de decisiones en materia de salud. *Madagascar* recordó que **el 80% de las personas con discapacidad se encontraban en los PBI y los PIM** e hizo hincapié en su protección en las emergencias sanitarias a través de la atención sanitaria pública. Instó a **la OMS a incluir la discapacidad en todos sus programas**, y el Reino Unido y *Perú* se hicieron eco de esta opinión. *Malasia* abogó por una atención integrada centrada en la persona y pidió que **se contrate a más personas con discapacidad** en la sede, la oficina regional y las oficinas nacionales (también se hicieron eco Maldivas y Argentina). *EE.UU.* dijo que era imperativo seguir apostando por el máximo nivel de calidad de vida para las personas con discapacidad, incluido el **acceso y la información sobre salud sexual y reproductiva**. *Rusia* volvió a señalar el **problema de la terminología específica de género** e instó a utilizar una terminología consensuada. *Perú* consideró que la **atención en la comunidad es esencial** y que puede hacerse y ser promovida por la OMS a través de las oficinas regionales y nacionales. *India* dijo que la **inversión en fabricantes locales y el uso de tecnología digital mejoraría la accesibilidad** y pidió a la OMS que apoyara a los EM para promover la nutrición, los programas de formación y la prevención de la discapacidad. *Francia* se mostró preocupada por las cuestiones legales de la Inteligencia Artificial (IA) y pidió un uso responsable de las herramientas digitales y la IA. *Brasil* señaló que "en el debate sobre la salud de las personas con discapacidad, la mayoría de los países llamaron la atención sobre la necesidad de que las personas con discapacidad tengan acceso a terapias de rehabilitación y tecnologías de asistencia. Pocos países hablaron de las **discapacidades como el producto de una infraestructura social y física inaccesible y discriminatoria y de una toma de decisiones políticas consciente**". *China* afirmó que los gobiernos tienen la máxima responsabilidad de garantizar los más altos niveles de salud para las personas con discapacidad y que están trabajando para mejorar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. *Colombia* hizo hincapié en reforzar el sistema sanitario teniendo en cuenta las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta el género y la orientación económica y geográfica. *Israel* opinó que ajustar nuestros sistemas sanitarios para atender las necesidades de las personas con discapacidad normalmente consideradas un lujo era una mentalidad equivocada. Pidió que situáramos la discapacidad en el centro. *Eslovaquia* valoró positivamente el trabajo de la OMS en este ámbito, pero afirmó que el **análisis del alcance no era suficiente para realizar intervenciones basadas en pruebas** y pidió recomendaciones más sólidas basadas en pruebas. *Noruega* pidió enfoques inclusivos que se centren en las barreras. *El Salvador* solicitó a la OMS y a sus oficinas regionales apoyo para la **formación de equipos sanitarios multidisciplinares** que trabajen con personas con discapacidad. *Argentina* solicitó expertos técnicos en temas de discapacidad en la OMS y señaló la relación con los cuidados paliativos. *Palestina* informó de que había **más de 96.000 personas con discapacidad en Cisjordania y la Franja de Gaza**, y al menos 3.000 declararon que su discapacidad se debía a ataques militares directos del ejército israelí. No hubo más comentarios ni objeciones, se tomó nota del informe.



Pasamos al punto **18** del orden del día. **Decenio de Acción de las Naciones Unidas sobre Nutrición (2016-2025)** (Documentos [EB152/24](#), [EB152/CONF./5](#) y [EB152/CONF./5 Add.1](#)). *Colombia* apoyó la **administración de suplementos y la vacunación a las madres** para prevenir las deficiencias de micronutrientes y la espina bífida. *Canadá* pidió que se intensificaran las intervenciones de identificación para **abordar las necesidades nutricionales con el cambio climático como telón de fondo** y solicitó a la OMS que ayudara a los EM a poner en marcha sistemas funcionales como los signos de alerta temprana de malnutrición. Imploró a los Estados miembros que integren la igualdad de género en el marco de la nutrición, algo de lo que luego se hizo eco Francia. *Malasia* pidió más apoyo en las estrategias para **crear sinergias con los socios multilaterales**. Propusieron reforzar la segunda propuesta, es decir, **no sólo el enfoque gubernamental, sino también el de la sociedad civil**. *Timor Oriental* hizo hincapié en **el aumento de los impuestos sobre el alcohol y las bebidas azucaradas a nivel nacional**, centrándose en los primeros 1000 días como una ventana de oportunidad. *Senegal* recomendó a la Secretaría que apoye a los EM: para revisar y fortalecer la implementación de sus planes nacionales, para impulsar la capacidad de analizar los sistemas alimentarios, para desarrollar e implementar estrategias para adaptar los sistemas alimentarios y hacerlos más resilientes frente al cambio climático y otras crisis, y para implementar las acciones esenciales. *Siria, en nombre de la región EMRO*, apoyó programas de prevención sobre alimentación infantil e iniciativas de hospitales amigos de los niños. El *Reino Unido* recordó que **se prevé que la emaciación infantil empeore en 2023**. Pidieron a la OMS **directrices críticas y actualizadas sobre la emaciación infantil, y las pusieron en práctica** (EE.UU. se hizo eco del mismo sentimiento). Cuestionaron si la OMS había hecho algún progreso en el seguimiento de su trabajo con respecto a la mejora de los resultados de la nutrición en toda su cartera desde el debate sobre la nutrición en el EB150. *Rusia* pidió a la OMS apoyo tecnológico basado en los datos más recientes. Brasil afirmó que la OMS desempeña un papel importante en la prevención de la malnutrición, en particular alentando a los países a reconocer que **el consumo de alimentos va más allá de las elecciones individuales y requiere un enfoque amplio, desde la producción de alimentos hasta su distribución y consumo**. *Maldivas* pidió que se reconociera el papel de las catástrofes naturales, los conflictos y el comercio a la hora de alcanzar los objetivos **nutricionales** y señaló que **los niños de 5 a 19 años no están incluidos en los objetivos nutricionales**. *Etiopía* expresó su deseo de ver un mayor énfasis en el fortalecimiento de los esfuerzos nacionales y subnacionales, así como en el apoyo específico en situaciones de emergencia humanitaria. *Bangladesh* pidió a **la OMS que colaborara con la OMC y Unicef** para establecer un marco normativo. *Ecuador* propuso un **intercambio de tecnología** para mejorar la producción sostenible de alimentos sanos. *Guatemala* afirmó que la industria alimentaria es responsable de garantizar que los alimentos estén enriquecidos con micronutrientes. *Argentina* comentó el párrafo 26 del documento sobre redes. Recordó que en la región existe una **red OMS-OPS-FAO** que ha trabajado para disminuir el consumo de sal y de alimentos procesados. Estas redes son **útiles pero necesitan mayor participación**. Debemos mantener el impulso. *Australia* abogó por un **etiquetado claro e informativo de los alimentos**. *DG El Dr. Tedros* respondió a las declaraciones y dijo que **la OMS no había colaborado con la industria alimentaria, sino todo lo contrario**, que se había dedicado principalmente a la confrontación. Pidió que no se utilizara este tipo de enfoque. Afirmó que la OMS podía hacer cumplir la normativa cuando fuera necesario, pero que prefería la cooperación. Añadió que seguía habiendo problemas en relación con **el consumo de sal y azúcar, así como con la lactancia materna**. La OMS seguiría debatiendo y también aplicando o utilizando funciones reguladoras para abordarlos, añadiendo que se había avanzado en ese sentido. La OMS tiene una **comisión de la sociedad civil** que se creará antes de la AMS76. Querían trabajar más estrechamente con las sociedades civiles para comprender sus perspectivas y

aprovecharlas para avanzar. Al no haber objeciones ni más comentarios, se aprueban el informe y el proyecto de decisión.

Por último, sobre el punto **19** del orden del día. **Behavioural science for better health (Documentos EB152/25, EB152/CONF./6 y EB152/CONF./6 Add.1)**. *Malasia* fue la primera en intervenir y abogó por la **integración sistemática de la ciencia del comportamiento en todas las intervenciones** para que la política sanitaria sea más eficaz y también para ampliar la integración de la ciencia del comportamiento. Apoyó la resolución y acogió con satisfacción el copatrocinio. *Rusia* pidió que se tuvieran en cuenta los **factores culturales (comportamientos sexuales)**. Apoyó los objetivos estratégicos, pero pidió que las normas se ajustaran a los países. *Botsuana, en nombre de la región AFRO*, propuso **que la OMS siga fomentando un entorno propicio para los BS** y facilite la generación y el uso de pruebas de BS en intervenciones específicas para cada contexto, trabajando estrechamente con el mundo académico y otras partes interesadas para impulsar el uso y crear bases de datos. Abogaron por que los datos sobre el comportamiento sean una pieza fundamental de la agenda nacional de investigación sanitaria. Los *EE.UU. y el Reino Unido* también animaron a la OMS a **colaborar con instituciones académicas y el sector privado, así como con organizaciones de la ONU como UNICEF, y otras organizaciones con experiencia en ciencias del comportamiento**. *Israel* lamentó que, una vez más, la plataforma se hubiera utilizado para promover la agenda estrecha y cínica de los palestinos. Afirmaron que los niños palestinos habían sido expuestos y adoctrinados para glorificar la violencia. *Rusia* rechazó las acusaciones francesas contra ellos en relación con la inseguridad alimentaria, especialmente en relación con la operación militar especial en Ucrania. Afirmaron que la cadena normal de suministro se reanudaría si Occidente eliminara las operaciones económicas ilegítimas. *Francia* confirmó que no había sanciones de la UE sobre los sistemas alimentarios y acusó a Rusia de utilizar el hambre como arma e intentar culpar de ello a los europeos. *Palestina* acusó a Israel de difamación y dijo que "la idea de que estamos educando y criando terroristas no es cierta y no es aceptable". Instaron a los EM a consultar los informes de Unicef, la OMS y ACNUR para hacerse una idea real de la situación de los niños palestinos.

La reunión fue clausurada. Mañana continuará a las 10:00.