



Informes de los Comités del Consejo Ejecutivo

Informe del Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud

1. El Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud celebró su tercera reunión en la sede de las Naciones Unidas (Nueva York, 19 y 20 de abril de 2001), con el FNUAP como organización anfitriona. La Dra. Pia Rockhold (Dinamarca), representante de la Junta Ejecutiva del FNUAP, fue elegida Presidenta de la reunión, en la cual pronunciaron alocuciones la Directora General, la Sra. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, y el Sr. Kunio Waki, Director Ejecutivo Adjunto del FNUAP.

2. Se presentó al Comité un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones formuladas en su segunda reunión (Ginebra, 2 y 3 de diciembre de 1999).¹ En cuanto a la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (incluida la utilización de micronutrientes), el Comité destacó la necesidad de mejorar la calidad de los datos sobre salud materna y perinatal; de asegurar un acceso equitativo a una atención apropiada durante el embarazo, el parto y el puerperio; y mejorar el apoyo a actividades de reducción de la anemia durante el embarazo. En cuanto a la salud y el desarrollo de los adolescentes, el Comité propugnó la adopción de un criterio de género en relación con la violencia y destacó el papel esencial de la comunicación de información y la facilitación de servicios relacionados con la salud sexual y la planificación familiar. Por lo que respecta al VIH/SIDA, los tres organismos han suscrito la estrategia en tres vertientes recomendada por las Naciones Unidas para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño, que se basa en la prevención primaria de la infección por el VIH entre los posibles padres; la prevención de los embarazos no deseados en mujeres seropositivas, y la prevención de la transmisión del VIH de las mujeres infectadas a sus hijos recién nacidos. En cuanto a la coordinación de las actividades complementarias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5), el trabajo sobre los indicadores de puntos de referencia sobre la salud reproductiva culminó con un acuerdo sobre 17 indicadores; se sigue trabajando sobre los datos de salud desglosados en función del sexo. El Comité también señaló la necesidad de seguir financiando el programa de inmunización sumamente beneficioso del sistema de las Naciones Unidas e instó a los tres organismos a promover el apoyo para el Plan Estratégico 2001-2005 de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis.

3. Se hizo una presentación al Comité sobre el papel que desempeña el sistema de las Naciones Unidas en los enfoques sectoriales del desarrollo sanitario con informes sobre las experiencias al respecto de un país que se halla al inicio del proceso (Camboya) y de otro que lleva tres años de participación (Uganda). En su próxima reunión, el Comité examinará un informe sobre los progresos reali-

¹ Véase el documento EB105/15 Add.1.

zados en la mejora del apoyo de las Naciones Unidas a los enfoques sectoriales; asimismo, figurará en el programa una presentación detallada centrada en la salud materna y neonatal, la violencia (especialmente la ejercida contra las mujeres y las niñas) y el VIH/SIDA y los jóvenes, así como una discusión sobre el proceso en uno o dos países.

4. El Consejo Ejecutivo podrá, si lo estima oportuno, tomar nota del informe adjunto.



WHO/OMS

Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud
Tercera reunión
Nueva York, 19-20 de abril de 2001



UNICEF



UNFPA/FNUAP

CCH3/01/6
16 de mayo de 2001

Informe del Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud (CCS)

**Sede de las Naciones Unidas, Nueva York
19-20 de abril de 2001**

ÍNDICE

	Párrafos
Apertura de la reunión.....	1-15
Progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones formuladas por el CCS en su segunda reunión	16-39
Enfoques sectoriales del desarrollo sanitario	40-47
Examen de las resoluciones y decisiones de los órganos rectores de la OMS, el UNICEF y el FNUAP.....	48
Fecha y lugar de la próxima reunión.....	49-50
Otros asuntos.....	51-53
Clausura de la reunión.....	54

APERTURA DE LA REUNIÓN (puntos del orden del día 1 a 4) (documento CCH3/01/1)

1. En ausencia del Presidente saliente, Dr. Attiyat Mustapha (Sudán), de la Junta Ejecutiva del UNICEF, que no pudo asistir, el Sr. Kunio Waki, Director Ejecutivo Adjunto del FNUAP, inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes (la lista de participantes figura en el anexo 1).
2. La Dra. Pia Rockhold (Dinamarca), de la Junta Ejecutiva del FNUAP, fue elegida Presidenta y el Profesor João Yunes (Brasil), del Consejo Ejecutivo de la OMS, el Sr. Walid Abdulwahed M. Al-Ethary (Yemen), de la Junta Ejecutiva del UNICEF, y el Dr. Girma Azene (Etiopía), de la Junta Ejecutiva del FNUAP, fueron elegidos Relatores.
3. En cuanto al orden del día provisional (documento CCH3/01/1), la Presidenta propuso que, en relación con el punto 10, el Comité reflexionase acerca de sus atribuciones y definiese con más claridad su papel y sus funciones, a fin de garantizar mayor continuidad y mayor claridad de objetivos en sus reuniones. El orden del día fue adoptado con las modificaciones introducidas (anexo 2).
4. La Dra. Brundtland, Directora General de la OMS, reiteró que el propósito del Comité era ocuparse de lo que atañe a la coordinación y la colaboración en favor del desarrollo sanitario. Esto suponía algo más que facilitar las cosas: se trataba de una forma fundamentalmente nueva de trabajar dentro de las Naciones Unidas, una forma de trabajar que, por otra parte, se había considerado prioritaria en la histórica serie de conferencias celebradas en los años noventa. Esas conferencias habían generado un consenso internacional en torno a estrategias, objetivos y metas, recogido en la Declaración de la Cumbre del Milenio que estableció el marco de la colaboración futura dentro del sistema de las Naciones Unidas y situó las cuestiones sanitarias entre los objetivos clave que habían de recibir atención prioritaria.
5. La Dra. Brundtland describió la ampliación prevista de la respuesta de la OMS, en cooperación con los gobiernos nacionales, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y una amplia gama de asociados en el desarrollo, a problemas sanitarios como el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades ligadas al uso del tabaco, que contribuyen a agudizar los problemas de las poblaciones más pobres del mundo. Para ello habría que poner en marcha sistemas fiables de vigilancia y evaluación así como una orientación efectiva por los gobiernos, quizá acompañada por un aumento del apoyo externo mediante estrategias de reducción de la pobreza, enfoques sectoriales, proyectos bilaterales o asistencia de emergencia, junto con el desarrollo de la capacidad humana en los niveles local y nacional. La OMS estaba decidida a trabajar con varios órganos intergubernamentales como la Comisión Europea y los Jefes de Estado de la Organización de la Unidad Africana para promover la asignación de recursos extraordinarios para la adopción de medidas en el nivel de los países en los próximos 10 años, y a apoyar el compromiso a largo plazo de esos órganos para mejorar la situación sanitaria de los pobres. Se estaban preparando nuevos mecanismos para garantizar que las iniciativas de alcance mundial beneficien a los países más pobres.
6. El actual crecimiento de los enfoques sectoriales en la cooperación para el desarrollo sanitario surgió a raíz de las restricciones económicas de los años ochenta, que frenaron el movimiento en pro de la atención primaria de salud y llevaron a un apoyo orientado a los proyectos que carecía de sostenibilidad. Los enfoques sectoriales modificaron el papel del donante, al surgir de políticas, estrategias y presupuestos elaborados en el nivel nacional, y estaban financiados conjuntamente por el gobierno y los asociados en el desarrollo. Ofrecieron la oportunidad de conseguir una sinergia y una eficacia óptimas en la labor con los gobiernos y la población de los países más pobres.

7. Una preocupación fundamental era hacer frente al reto de fortalecer la respuesta del sistema de salud al VIH/SIDA. Era imprescindible aumentar considerablemente los recursos y mejorar la capacidad de gestión.

8. La Estrategia Mundial para el Sector Sanitario que actualmente estaba elaborando la OMS definiría prioridades clave para la labor de ese sector en relación con el VIH/SIDA y prestaría particular atención a las intervenciones complementarias en materia de prevención y atención, trabajando por conducto de los sectores público y privado.

9. Entre las cuestiones esenciales a que se enfrentaba la OMS, tres exigían atención urgente: la salud del recién nacido; el VIH y los jóvenes, y la violencia, especialmente contra las mujeres y las niñas. La atención de salud de las embarazadas y los recién nacidos debía considerarse parte de un mismo proceso continuo. Esto revestía particular importancia, pues estaba aumentando la proporción de muertes de recién nacidos que se producían durante los primeros días de vida. La aplicación de intervenciones dirigidas y selectivas como la inmunización y la terapia de rehidratación oral habían reducido considerablemente la mortalidad postneonatal, pero la mortalidad de los recién nacidos seguía debiéndose a la deficiente situación sanitaria y nutricional de las madres, acompañada de una atención inapropiada. La salud de los jóvenes, que constituyen un sector considerable de la población, era preocupante, particularmente porque en conjunto más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH se producían en ese grupo. Los jóvenes necesitaban información, conocimientos y servicios para ayudarles a protegerse contra la enfermedad. La Dra. Brundtland también informó de la intensificación de esfuerzos en las esferas con más probabilidades de poner en peligro el desarrollo saludable del adolescente: la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; el uso de sustancias, especialmente el tabaco y el alcohol, y la salud mental. La violencia, especialmente contra las niñas y las mujeres, también era motivo de gran preocupación. La OMS estaba realizando un estudio en varios países para evaluar el alcance del problema. También era necesario investigar otras formas de violencia como el abuso sexual. Al colaborar con los países para hacer frente a esas cuestiones, sería fundamental no abrumar a los sistemas de salud con solicitudes de datos y garantizar la uniformidad en las definiciones, los métodos y los criterios utilizados para generar indicadores, con el objetivo último de mejorar los resultados de los programas y ofrecer mejores servicios de salud a los que los necesitan.

10. La Sra. Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, señaló la necesidad de incrementar la colaboración y la complementariedad entre los tres organismos, especialmente en el nivel de los países. La reunión del Comité era un foro útil para evaluar los progresos y las oportunidades en un contexto de expectativas cada vez mayores. Destacó dos esferas especialmente importantes para la acción conjunta: los enfoques sectoriales en la esfera de la salud y la colaboración para mejorar la cobertura de la calidad de los servicios de inmunización.

11. El UNICEF participaba activamente en la colaboración en enfoques sectoriales en 23 países; ese concepto se aplicaba plenamente, aunque aún cabría mejorar la eficacia. Los enfoques sectoriales reforzaban la política coordinada en sectores de alta prioridad, reducían la fragmentación de la ayuda, promovían la identificación de los países con las actividades y permitían esperar en general una mejora del impacto y la sostenibilidad de la cooperación para el desarrollo. La participación del UNICEF aportaba la perspectiva de los derechos del niño, la incorporación de metas y objetivos de desarrollo que reflejaban las necesidades prioritarias de niños y mujeres, incluía aspectos multisectoriales, promovía una amplia participación en los enfoques sectoriales y favorecía vínculos efectivos entre esos métodos y la amplia gama actual de marcos de programación.

12. La inmunización era una de las cinco grandes prioridades de organización para el UNICEF. La lucha contra las enfermedades a largo plazo exigía un sólido sistema de administración de inmunización, complementado con actividades específicas, y un paquete más amplio de servicios de salud. En

muchos países pobres y en desarrollo, las consideraciones importantes del futuro incluían la necesidad de apoyo financiero y las deficiencias de los sistemas de salud, como la posibilidad de administración de vacunas inyectables en condiciones no higiénicas. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) era uno de los mejores ejemplos de asociación eficaz en pro de la salud.

13. El Sr. Waki, Director Ejecutivo Adjunto del FNUAP, dio la bienvenida a todos los participantes en nombre de la Sra. Thoraya Obaid, Directora Ejecutiva del FNUAP, que no podría asistir a la reunión hasta el segundo día. Destacó la aportación del Comité, que incrementaba el valor de las tres organizaciones que participaban en él. También ofrecía una oportunidad de interacción abierta entre miembros de los órganos ejecutivos y la Secretaría para volver a examinar cuestiones fundamentales y seguir mejorando la colaboración existente. Uno de los retos inmediatos y a largo plazo era comprender mejor el complejo entorno en el que se aplica la política sanitaria y los vínculos entre la población y el desarrollo y entre la salud reproductiva y la pobreza. Era indispensable seguir examinando esas cuestiones en distintos contextos económicos, sociales y culturales, y encontrar métodos prácticos con el fin de lograr los cambios sociales y comportamentales necesarios para garantizar un avance auténtico en la mejora de la salud.

14. Muchos de los objetivos fijados en la Cumbre Mundial en favor de Infancia, las actividades complementarias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5) y la Cumbre del Milenio revestían particular importancia para la OMS, el UNICEF y el FNUAP; se trataba de metas relacionadas con el bienestar de los más vulnerables, es decir, las mujeres y los niños. En el examen y la evaluación a cinco años del Programa de Acción de la CIPD realizado en 1999 se habían definido esferas clave en las que había que intensificar las medidas: la mortalidad materna; el VIH/SIDA; la salud reproductiva de los adolescentes; la igualdad de género y la promoción de la mujer; la seguridad de los medios para la salud reproductiva, especialmente en los países de bajos ingresos, y cuestiones de población, medio ambiente y desarrollo sostenible. El FNUAP estaba decidido a colaborar con los gobiernos para fortalecer su capacidad nacional de hacer frente a esos retos.

15. El FNUAP estaba firmemente resuelto a aplicar los enfoques sectoriales, particularmente en los sectores de la salud y la educación, y esperaba participar en todas las fases del diálogo de política en lo que atañe a la salud reproductiva y el género. Los enfoques sectoriales representaban una oportunidad para garantizar la coherencia de políticas, la coordinación de los donantes, el uso equitativo de los recursos y la gestión eficaz de los resultados. En cambio, también constituían un reto, por ejemplo en la vigilancia del uso de los limitados recursos. Aguardaba con interés las deliberaciones al respecto, que esperaba llevasen a la elaboración de una política común así como a orientaciones operacionales y de administración de los programas para las oficinas de las tres organizaciones sobre el terreno. Los programas del FNUAP hacían hincapié en información y servicios de salud reproductiva para todos, con inclusión de la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, con particular atención al VIH/SIDA. Destacó la labor del FNUAP en las esferas de la prevención del VIH, la colaboración en las mejoras de la cobertura y la calidad de los servicios de salud a fin de prevenir las muertes de madres; la colaboración para reforzar las asociaciones entre proveedores y consumidores, la coordinación de esfuerzos hacia el logro de los derechos de los adolescentes a la información y la participación, con especial hincapié en la participación de los adultos (por ejemplo, padres y maestros) y en la elaboración de indicadores que reflejasen mejor la situación de las niñas y las mujeres. La salud y el desarrollo de los adolescentes deberían destacarse en el próximo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia (septiembre de 2001) y en la documentación preparatoria de ese acontecimiento.

PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS POR EL CCS EN SU SEGUNDA REUNIÓN (punto 5 del orden del día) (documento CCH3/01/2)

16. Los funcionarios técnicos correspondientes de la OMS, el UNICEF y el FNUAP presentaron las cinco secciones del informe contenido en el documento CCH3/01/2, esbozando los progresos realizados y destacando las recomendaciones y los puntos de acción que se habían llevado a la práctica, las esferas en las que la ejecución estaba en marcha, y las esferas en las que se aplicarían medidas y que revestirían particular interés en el futuro. En el anexo 3 figura una lista de los puntos de acción. El Comité observó que se había avanzado considerablemente en la esfera general de la promoción y que proseguían los trabajos de elaboración, ejecución, vigilancia y evaluación de programas. Recomendó que los informes futuros mostrasen con mayor claridad la medida en que se habían aplicado las recomendaciones del Comité y destacasen los vínculos entre las distintas medidas adoptadas por los tres organismos. En relación con la aplicación de las recomendaciones del Comité, se señaló que cada organismo tenía diferentes prioridades y que había un problema general de asignación de responsabilidades específicas en el seguimiento.

Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (incluida la utilización de micronutrientes)

17. Se informó al Comité de que el punto de acción 16A, relativo a las actividades de fomento, había sido ejecutado. No había sido factible seguir con el establecimiento de grupos temáticos sobre salud materna en los países como se sugería en el punto de acción 16B, pues parecía que la cuestión estaba cubierta en general por grupos temáticos encargados de cuestiones de salud más amplias u otros mecanismos de coordinación en los países. La labor en las esferas relacionadas con los puntos de acción 16C a 16I (difusión de una guía de planificación conjunta; difusión de documentos normativos y directrices técnicas; colaboración en la ultimación del enfoque sobre la gestión integrada del embarazo y del parto; colaboración sobre criterios y normas para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva atentos a las necesidades de la mujer; mejora del estado nutricional de las niñas y mujeres; colaboración con la OIT en lo que atañe a las consecuencias sanitarias del proyecto de convenio revisado sobre protección de la maternidad, de la OIT, y aplicación del contenido del párrafo 66 del documento A/S-21/5/Add.1) estaba en marcha con miras a fortalecer la orientación y la ejecución de políticas.

18. Se señalaron los progresos recientemente realizados en los programas de maternidad sin riesgo, incluidos los esfuerzos por asegurar la asistencia al parto por personal capacitado y la nueva iniciativa de la OMS Reducir los riesgos del embarazo, indicando la necesidad de mantener los vínculos conceptuales y prácticos entre la salud materna y la salud del recién nacido. Los tres organismos también estaban colaborando en actividades para conseguir mayor apoyo y financiación para los servicios de salud reproductiva y en programas para crear oportunidades económicas y educativas para niñas y mujeres. Se habían hecho progresos considerables en la reducción de las carencias de yodo y vitamina A; se informaría con más detalle al respecto en el próximo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia. Los programas dedicados a la salud de las madres y los recién nacidos debían seguir integrándose en los esfuerzos globales encaminados a apoyar los sistemas de salud, cuando proceda por conducto de enfoques sectoriales.

19. El Comité destacó la necesidad de mejorar la calidad de los datos sobre salud materna y perinatal que eran indicadores primarios para evaluar la salud y el desarrollo. También era vital asegurar un acceso equitativo a atención apropiada durante el embarazo, el parto y el puerperio, y mejorar el apoyo a actividades de reducción de la anemia durante el embarazo. La OMS, el UNICEF y el FNUAP, junto con organizaciones no gubernamentales, deberían alentar a los gobiernos a que ratifiquen el

Convenio de la OIT sobre protección de la maternidad y velen por la aplicación de las normas relativas al permiso de maternidad y la lactancia materna en el trabajo.

Salud y desarrollo de los adolescentes

20. Se comunicó al Comité que los puntos de acción 19A, 19C, 19D y 19G (sobre promoción, aplicación del marco de programación del país, elaboración de un esquema resumido sobre los progresos realizados y especificación de ciertos indicadores) se impulsarían durante el próximo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia. Al mismo tiempo que reconoció que la salud y el desarrollo de los adolescentes era una cuestión que exigía la colaboración entre organismos, la recomendación 19B (establecimiento de grupos temáticos sobre salud del adolescente) se había considerado inviable, pues el actual nivel de participación ya en el nivel de los países haría que la formación de nuevos grupos temáticos fuese inapropiada. El punto de acción 19E (elaboración de un plan de acción para ampliar la capacidad a nivel regional y nacional) aún no se había conseguido, aunque se estaban realizando progresos con la ampliación de actividades en el nivel regional, la labor de colaboración en cuestiones técnicas y normativas, y la identificación de factores protectores para los jóvenes. En cuanto al punto de acción 19F (examen y definición de las prioridades de investigación) se señaló que la OMS estaba trabajando en la definición de un plan de investigaciones en colaboración con los otros organismos. Se destacó la importancia de trabajar juntos para definir las necesidades en materia de información y servicios.

21. El Comité formuló observaciones sobre la importancia de adoptar un criterio de género en relación con la violencia. La violencia de los varones fuera del hogar frecuentemente se ejercía contra otros varones, mientras que en el hogar principalmente se dirigía contra las mujeres y los niños. En muchos países, una elevada proporción de las defunciones entre varones adolescentes se debía a homicidios relacionados con drogas, alcohol y armas de fuego, y con cuestiones como la falta de instrucción y de oportunidades de empleo. Los adolescentes eran el objetivo principal de la publicidad de las industrias del tabaco y el alcohol y estaban expuestos a la pornografía y la violencia en los medios, incluidos los juegos interactivos. Se señaló que los comportamientos de los adultos en materia de salud y su desarrollo dependían en gran medida de los hábitos de salud adquiridos durante la adolescencia.

22. Se debatió el problema de la comunicación con los adolescentes para equiparlos de la mejor manera posible para que se protejan y adopten los hábitos de vida más apropiados y se expresó un firme apoyo a la educación entre iguales y la participación de organizaciones no gubernamentales en las cuestiones más delicadas. Se destacó la importancia de que los jóvenes participaran en la formulación de políticas. Sería conveniente estudiar las experiencias fructíferas en los países para comprobar si la labor de las organizaciones no gubernamentales y el asesoramiento entre jóvenes ha surtido buenos efectos, para duplicar esos éxitos en otros lugares.

23. El Comité destacó la importancia de la salud sexual y de cuestiones conexas como la información y el acceso a los servicios de planificación familiar para los jóvenes. Los embarazos entre adolescentes, incluidos los embarazos deseados entre adolescentes casadas, son motivo de inquietud particular. Debe alentarse el retraso del primer embarazo para mejorar las oportunidades de las muchachas y reducir las complicaciones asociadas al embarazo precoz. El Comité convino en que los conocimientos se habían divulgado rápidamente, pero aún se necesitaba más información sobre los servicios de salud y cuestiones de comportamiento. Era preciso elaborar nuevos métodos en los que se contase con la participación de otros jóvenes. También era necesario mejorar la calidad de los datos y la vigilancia.

Infección por el VIH/SIDA (con especial atención a la transmisión de la madre al niño)

24. Se habían realizado progresos de importancia en la aplicación del punto de acción 22A relacionado con la iniciativa mundial interorganismos para la reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH.¹

25. La estrategia en tres vertientes recomendada por los organismos de las Naciones Unidas para prevenir la transmisión de la madre al hijo comprendía la prevención primaria del VIH entre los futuros padres; la prevención de los embarazos no deseados en mujeres seropositivas, y la prevención de la transmisión del VIH de las mujeres infectadas a sus hijos recién nacidos (mediante la administración de un régimen breve de fármacos antirretrovíricos a la embarazada y al recién nacido, prácticas higiénicas durante el parto y apoyo a prácticas más seguras de alimentación del lactante). Los modelos iniciales indicaban que era importante dar la debida importancia a los tres componentes y no centrarse exclusivamente en el uso profiláctico de antirretrovíricos. También era necesario mejorar la atención y el apoyo a las personas infectadas por el VIH y sus familias. Los tres organismos, con el apoyo de la secretaria del ONUSIDA, seguían coordinando sus esfuerzos con éxito por conducto del equipo interinstitucional de tareas para reducir la transmisión de la madre al hijo. En una consulta técnica sobre intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil y sus repercusiones de política, celebrada en octubre de 2000, se había acordado que varios regímenes antirretrovíricos eran adecuados para la aplicación general. Se había concluido también que seguían siendo válidas las directrices de 1998 sobre prácticas de alimentación de lactantes en madres infectadas por el VIH. Se señaló también la necesidad de incluir la nutrición en relación con el VIH/SIDA en los trabajos futuros y destacar que la lactancia natural seguía siendo el mejor medio de alimentar a la mayoría de los lactantes.

26. La consulta técnica celebrada en marzo de 2000 había representado una oportunidad útil para compartir experiencias acerca de proyectos piloto de prevención de la transmisión maternoinfantil en 14 países. El principal reto consistía en intensificar esas actividades dentro de los servicios de salud existentes y vincularlos a los servicios de salud reproductiva, salud de la madre y el niño y atención y apoyo en relación con el VIH/SIDA. Se necesitaban apoyo político y recursos adicionales para mantener el impulso generado tras la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Durban (Sudáfrica) en julio de 2000.

27. Se acordó que los debates sobre esta parte del informe se hicieran conjuntamente con los de las actividades complementarias a la CIPD+5.

Coordinación de las actividades complementarias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5)

Indicadores de puntos de referencia

28. El punto de acción específico (24A) para convocar una consulta técnica sobre los indicadores de puntos de referencia para la salud reproductiva se había cumplido y seguían los trabajos encaminados a reforzar la capacidad nacional y vigilar los progresos. En cuanto al punto de acción 24C (que hace prioritario el apoyo a la prevención de la transmisión del VIH entre los adolescentes), ese apoyo se mantendría y complementaría con otras actividades. Los aspectos técnicos de las actividades contra el

¹ Recientemente se ha propuesto sustituir la expresión «prevención de la transmisión maternoinfantil» por «prevención en las madres y de la transmisión a los niños».

VIH/SIDA enumerados en el punto 24D se sugirieron como esferas en las que habría que trabajar en el futuro.

29. El Comité tuvo conocimiento de que se había establecido un grupo interinstitucional de trabajo para acordar un número limitado de indicadores factibles, comprensibles y útiles para la vigilancia mundial. Se había acordado un total de 17 indicadores, que serían utilizados por los tres organismos en su vigilancia mundial de la salud reproductiva.

30. Se estaba prestando cada vez más atención al uso de indicadores de procesos, como el porcentaje de nacimientos asistidos por un agente de salud capacitado, con el fin de vigilar la mortalidad materna, y al desarrollo de la capacidad para generar y utilizar indicadores.

Género

31. Seguía realizándose la labor propuesta en el punto de acción 24B sobre datos desglosados en función del sexo; desarrollo de la equidad y la igualdad entre los sexos, y creación de un conjunto común de indicadores de género y salud y de políticas e iniciativas programáticas específicas para acelerar el progreso.

32. Se informó al Comité de que los indicadores de salud desglosados por sexos son el primer paso en el análisis de género, como pide el marco de los indicadores del sistema de evaluación común para los países. En cuanto a otras cuestiones de género, las prácticas nocivas relacionadas con la salud de la mujer, incluida la mutilación genital, habían sido vigiladas para estimar el alcance y la naturaleza del problema y su evolución a lo largo del tiempo; también se estaba trabajando para vigilar y medir otras prácticas perjudiciales para la salud de mujeres y niñas, como el tráfico de mujeres y la violencia doméstica. Se difundirían ampliamente y se utilizarían como base de acción para mejorar la salud y las condiciones de vida de las mujeres los resultados de un estudio multipaíses acerca de la incidencia y las repercusiones de la violencia contra la mujer.

VIH/SIDA

33. Los puntos de acción 24C y 24D sobre el VIH/SIDA entre los adolescentes se estaban siguiendo como indicaba el informe. Los tres organismos habían reforzado su colaboración en esas esferas, en particular por conducto del Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre los Jóvenes y el VIH, y estaban trabajando de forma sinérgica, teniendo cuenta las ventajas comparativas de cada institución. Era importante mantener los progresos realizados hasta la fecha e impulsar los trabajos. El próximo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA suponía una nueva oportunidad de colaboración interinstitucional.

34. Las medidas de prevención del VIH eran viables y eficaces en relación con el costo en todos los países y deberían introducirse en todos los programas pertinentes. A pesar de todo, era importante prestar la debida atención al equilibrio entre la prevención y la asistencia. Era preciso adoptar un criterio integrado, sea cual sea la prevalencia o la situación de la epidemia en cierto país o comunidad, o el marco temporal de planificación de cualquier actividad de promoción, legislación o intervención.

35. El Comité señaló el rápido crecimiento de las tasas de infección por el VIH entre mujeres en muchos países y las dificultades para llegar a los jóvenes y otros grupos vulnerables con mensajes apropiados de información y educación. Aunque debía prestarse la atención apropiada a la crisis del VIH/SIDA en África, también era importante atender a otras regiones del mundo, como el Caribe y Rusia, donde la epidemia de VIH/SIDA estaba creciendo. Aunque había diferencias en el desarrollo de las pautas de transmisión, el carácter mundial de la epidemia hacía indispensable abrir el debate en

todos los países y luchar contra la estigmatización y la discriminación de los afectados por la enfermedad.

Inmunización

36. Se habían hecho progresos considerables en varios aspectos de la cobertura y la calidad de la inmunización (puntos de acción 29A a 29H). Esas esferas deberían seguir recibiendo atención, mediante el aumento de la capacidad y manteniendo el nivel de compromiso.

37. El Comité instó a los tres organismos a promover el apoyo para el Plan Estratégico 2001-2005 de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis y a hacer frente a tres retos:

- colaborar con la Oficina del Secretario General de las Naciones Unidas, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y todos los demás mecanismos posibles para garantizar el acceso en condiciones de seguridad a las comunidades no atendidas;
- apoyar la eliminación del tétanos materno y neonatal y colmar la laguna de financiación; y
- comprender que la GAVI/Fondo Mundial no estaban diseñados como la única fuente de financiación para la inmunización, y seguir financiando y fortaleciendo debidamente otros servicios de inmunización.

38. El Comité observó que la inmunización había sido uno de los programas más beneficiosos emprendidos por el sistema de las Naciones Unidas. Se reconoció que era preciso resolver las deficiencias de financiación y garantizar una financiación sostenida de las actividades en materia de vacunas.

39. Se debatió el papel de la GAVI, con la observación de que la Iniciativa era un mecanismo facilitador. Contribuía a la concienciación del público acerca de la necesidad de armonización y representaba un buen ejemplo de coordinación eficaz entre asociados. Se examinaron las dificultades de alcanzar a la población no atendida. Los «días de tranquilidad» nacionales estaban permitiendo que prosiguieran las actividades de vacunación contra la poliomielitis incluso en situaciones de conflicto.

ENFOQUES SECTORIALES DEL DESARROLLO SANITARIO (punto 6 del orden del día) (documento CCH3/01/3)

40. El Dr. Hatib N'Jie, del Proyecto de la OMS sobre Estrategias de Cooperación y Asociación, inició las deliberaciones sobre los enfoques sectoriales para la salud y el desarrollo, esbozando el contexto para la elaboración de esos enfoques y los principios básicos en que se apoyan. El Dr. Sok Touch, Director del Departamento de Lucha contra las Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud del Reino de Camboya y el Profesor Francis Omaswa, Director General de Salud del Ministerio de Salud de Uganda, analizaron las experiencias de sus países en relación con los enfoques sectoriales.

41. Entre los principios básicos de los enfoques figuraban los siguientes: identificación y liderazgo nacional del proceso y los resultados; mejor gestión de la asistencia para el desarrollo (que no era sinónimo de la cesta de financiación), y cooperación basada en el plan nacional de salud acordado. Los enfoques sectoriales también ofrecían oportunidades para el aumento de la capacidad. Era necesario establecer relaciones de flexibilidad y confianza y promover una relación de igualdad entre todos los participantes en el proceso. Una de las grandes dificultades era adoptar el punto de vista del país en lugar de un punto de vista mundial. Los organismos de las Naciones Unidas tenían que tener en

cuenta ese aspecto en su planificación tanto mundial como por países. Las asociaciones e iniciativas mundiales en pro de la salud deberían garantizar un enfoque más flexible para adaptarse al contexto local de cada país. Ese criterio mejoraría los resultados de los sistemas sanitarios de los países. Era particularmente importante que los enfoques sectoriales fueran un instrumento de gestión que apoyase el desarrollo de los sistemas de salud existentes, de manera que se mantuviese lo que se había construido. La duplicación de mecanismos era contraproducente, y para evitarla era importante la coordinación con otros organismos. La experiencia en Camboya mostraba que adoptar una actitud flexible y llamar a los enfoques sectoriales «administración de todo el sector» servía para que las partes previamente indecisas quedaran incluidas en el proceso de asociación. El abanico de posibilidades de los enfoques sectoriales era muy amplio, según las necesidades, desde «flexible» (que permitía distintos niveles de apoyo de los asociados dentro del plan nacional) hasta «rígido» (en el que todos los recursos se orientaban hacia el plan y el presupuesto nacional acordados por conducto de un mecanismo común de financiación).

42. En Camboya, el FNUAP, el UNICEF y la OMS habían entablado una estrecha relación de trabajo y participaban plenamente en los mecanismos del Ministerio de Salud para coordinar las aportaciones de los asociados y establecer asociaciones para el desarrollo sanitario. La elaboración del enfoque sectorial era uno de los resultados concretos de un proyecto conjunto de reforma del sector sanitario del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, el PNUD, y el proyecto de Reforma del Sector Sanitario de la OMS, que también recibía apoyo del UNICEF y el FNUAP. Todos ellos participaban en la revisión conjunta del sector y el FNUAP y la OMS prestaban asistencia técnica para el actual proceso de gestión de todo el sector. El proceso del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) definía claramente la contribución de los miembros de los equipos de las Naciones Unidas en los países para el logro de los objetivos nacionales en materia de desarrollo y hacía hincapié en el aumento de la capacidad y la identificación nacional con el proceso, factores clave en la gestión a nivel de todo el sector. El Marco también representaba la reorientación del apoyo desde los proyectos a los programas, que facilitaba ese enfoque.

43. El entorno propicio para el enfoque sectorial en Uganda se derivaba del compromiso del Gobierno, la población y los asociados en el desarrollo a llevar a la práctica las reformas en la función de gobierno. El enfoque sectorial había evolucionado a lo largo de tres años mediante un amplio proceso consultivo en el que intervinieron la sociedad civil y los asociados en el desarrollo con una clara orientación del Gobierno. La ejecución del Plan Estratégico para el Sector Sanitario utilizando mecanismos, estructuras e instrumentos acordados había dado lugar a una mejora de la coordinación, la confianza y los resultados dentro del sector. Aún había que aumentar la capacidad para aplicar el enfoque sectorial entre todos los interesados, incluido el Gobierno y los asociados en el desarrollo. Los organismos de las Naciones Unidas en Uganda apoyaban el proceso del enfoque sectorial; por ejemplo, la OMS actuaba como entidad intermediaria y coordinadora del grupo de donantes; el UNICEF se ocupaba del aumento de la capacidad en el punto de contacto entre la comunidad y el sistema de salud oficial, y el FNUAP prestaba apoyo en las cuestiones de población, salud reproductiva y género.

44. Reconociendo el papel crítico del enfoque sectorial en el fortalecimiento de la dirección y la identificación nacionales del desarrollo sanitario y en el aumento de la capacidad nacional, de distrito y local, se definieron tres cuestiones preocupantes respecto de los enfoques. Era preciso conseguir un equilibrio entre el proceso y los resultados sanitarios, y llegar a los pobres y a los no atendidos. La atención prioritaria a un sector dado no debería restar prioridad a cuestiones multisectoriales como la nutrición, la educación, el agua o el saneamiento, entre otras.

45. El Comité destacó la necesidad de una participación más intensa de los organismos de las Naciones Unidas, que tenían la importante responsabilidad de participar activamente desde las primeras

fases en la elaboración de políticas, estrategias y planes de trabajo en los países. Era indispensable prestar apoyo a ese proceso, incluidas las cuestiones multisectoriales, y examinar las cuestiones «de abajo arriba». Del mismo modo, era importante fortalecer la capacidad de los organismos gubernamentales y de las Naciones Unidas en el nivel de los países para aumentar la calidad y la continuidad del apoyo prestado y con ello estabilizar el proceso de desarrollo. También era necesario que los organismos de las Naciones Unidas siguieran fortaleciendo su participación y se adaptaran y fijaran su situación sincronizando y coordinando esa participación en las sedes y en los países por conducto del sistema de evaluación común para los países y el MANUD.

46. Se manifestó inquietud ante la posibilidad de que los mandatos de los organismos quedaran marginados, y en este contexto se respaldaron las recomendaciones formuladas en los párrafos 26 y 27 del documento CCH3/01/3, con particular hincapié en la mejora de las capacidades y la complementariedad de los organismos de las Naciones Unidas. Se debatió la necesidad de una gestión responsable en la forma que trabajan los organismos, aludiéndose al párrafo 18 del documento, y se expresó el deseo de acordar alguna forma de vigilancia.

47. El Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo se estudió como posible mecanismo y punto de entrada de la contribución de las Naciones Unidas a los enfoques sectoriales. La posibilidad de mejorar el proceso se examinó a la luz de la mejora de la coordinación y la colaboración entre los organismos. Se describió el proceso del MANUD como una oportunidad para reforzar las capacidades de planificación, análisis y prestación de servicios, habida cuenta de los éxitos de los proyectos piloto. Los enfoques sectoriales eran uno de los mecanismos para mejorar la acción sanitaria en el nivel de los países.

EXAMEN DE LAS RESOLUCIONES Y DECISIONES DE LOS ÓRGANOS RECTORES DE LA OMS, EL UNICEF Y EL FNUAP (punto 7 del orden del día) (documento CCH3/01/4)

48. La Presidenta señaló a la atención del Comité el documento CCH3/01/4, que contenía las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y las decisiones de las Juntas Ejecutivas del PNUD/FNUAP y el UNICEF aprobadas desde la última reunión que guardaban relación con la labor del Comité. Éste tomó nota de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud WHA53.12 (Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización) y WHA53.14 (VIH/SIDA: hacer frente la epidemia); las decisiones de la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP 2000/8 (El FNUAP y los enfoques sectoriales), 2000/11 (Orientación futura de los programas del FNUAP atendido el resultado de la CIPD+5) y 2000/13 (Los servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia); y la decisión de la Junta Ejecutiva del UNICEF 2000/9 (Seguimiento a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia).

FECHA Y LUGAR DE LA PRÓXIMA REUNIÓN (punto 9 del orden del día)

49. El Comité tomó nota de que, de conformidad con su mandato y con la práctica de la rotación, su siguiente reunión sería presidida por un miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS.

50. El Comité acordó que la siguiente reunión habría de celebrarse en la sede de la OMS en Ginebra, en el plazo estipulado en el mandato del Comité. Las fechas concretas se comunicarían a su debido tiempo.

OTROS ASUNTOS (punto 10 del orden del día)

Orden del día de la cuarta reunión del Comité Coordinador sobre Salud

51. Se acordó que el orden del día incluyese un informe sobre los progresos realizados en la mejora del apoyo de las Naciones Unidas a los enfoques sectoriales mediante la orientación del personal en ese sentido y otros enfoques nuevos y en formación para la asistencia al desarrollo.

52. Se acordó también que el orden del día incluyese una presentación y un debate en profundidad acerca del proceso de los enfoques sectoriales en uno o dos países. En la presentación debería evaluarse la eficacia de la colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas y con otros asociados dentro del proceso. En la medida de lo posible, debería centrarse en los progresos realizados dentro de las tres esferas técnicas de la salud de la madre y el recién nacido, la violencia, en especial contra la mujer y la niña, y el VIH/SIDA y los jóvenes. Para aprovechar el amplio abanico de temas de discusión que se plantearía, se acordó que la reunión durase dos días completos.

53. El Comité analizó su actual mandato, así como su papel, sus funciones y sus métodos de trabajo. Entre las cuestiones planteadas figuraron el valor añadido del Comité dados los notables avances observados en años recientes en materia de colaboración entre organismos en los niveles administrativo y técnico; los costos, tanto financieros como de tiempo de personal, de las reuniones del Comité, con la participación de 16 miembros de tres órganos ejecutivos, y los problemas de continuidad habida cuenta del carácter rotatorio de los miembros de los órganos ejecutivos de los tres organismos. Se acordó que la secretaría del Comité elaborase un mandato y efectuase un examen conjunto de esta cuestión, para presentarlos y debatirlos dentro del orden del día de la cuarta reunión.

CLAUSURA DE LA REUNIÓN (punto 11 del orden del día)

54. Tras el acostumbrado intercambio de cortesías, se clausuró la reunión.

ANEXO 1

LISTA DE PARTICIPANTES

I. MIEMBROS DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS¹

Profesor Syed Modasser Ali
Director
Instituto Nacional de Oftalmología
Dhaka (Bangladesh)

Sr. Johan Debar
Agregado de Desarrollo
Misión Permanente de Bélgica ante las Naciones Unidas
Nueva York, NY (Estados Unidos de América)

Profesor João Yunes
Facultad de Salud Pública
Universidad de São Paulo
São Paulo (Brasil)

Profesor R. Abouo N'Dori
Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Abidján (Côte d'Ivoire)

Dr. Karam Karam
Ministro de Turismo
Ministerio de Turismo
Beirut (Líbano)

II. MIEMBROS DE LA JUNTA EJECUTIVA DEL UNICEF

Dr. Alieu Gaye
Jefe de Medicina
Royal Victoria Hospital
Banjul (Gambia)

¹ El miembro de Vanuatu no pudo asistir.

Sra. Sonia Felicity Elliot
Misión Permanente de Guyana ante las Naciones Unidas
Nueva York, NY (Estados Unidos de América)

Sra. Jose Van Hussen
Directora, Departamento de Política Social
Ministerio de Relaciones Exteriores
La Haya (Países Bajos)

Profesor Alexander Viktorovitch Karaulov
Presidente, Comisión de Salud
Asociación pro Naciones Unidas de la Federación de Rusia
Moscú (Federación de Rusia)

Sr. Walid Abdulwahed M. Al-Ethary
Segundo Secretario
Misión Permanente del Yemen ante las Naciones Unidas
Nueva York, NY (Estados Unidos de América)

III. MIEMBROS DE LA JUNTA EJECUTIVA DEL FNUAP

Dra. Pia Rockhold
Asesora Técnica en Cuestiones de Salud
Ministerio de Relaciones Exteriores
Copenhague (Dinamarca)

Dr. Girma Azene
Director, Departamento de Planificación y Programación
Ministerio de Salud
Addis Abeba (Etiopía)

Sr. Luis Fernando Carranza-Cifuentes
Asesor del Ministro
Misión Permanente de Guatemala ante las Naciones Unidas
Nueva York, NY (Estados Unidos de América)

Dra. Inga Ivanova Grebesheva
Directora General
Asociación de Planificación Familiar de la Federación de Rusia
Moscú (Federación de Rusia)

Dr. Tran Thi Phuong Mai
Director Adjunto
Departamento de Salud Materno-infantil/Planificación Familiar
Ministerio de Salud
Hanoi (Viet Nam)

IV. EQUIPOS EN LOS PAÍSES

Camboya

Dr. Sok Touch
Director, Departamento de Lucha contra las Enfermedades Transmisibles
Ministerio de Salud
Phnom Penh (Camboya)

Dr. Bill Pigott
Representante de la OMS en Camboya
Phnom Penh (Camboya)

Uganda

Profesor Francis Omaswa
Director General de Servicios de Salud
Ministerio de Salud
Entebbe (Uganda)

Sr. Michel Sidibe
Representante del UNICEF en Uganda
Kampala (Uganda)

Sr. James Kuriah
Representante del FNUAP en Uganda
Kampala (Uganda)

V. SECRETARÍA

UNICEF

Sra. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva
Dr. Yves Bergevin, Jefe, Sección de Salud
Sr. Denis Caillaux, Secretario, Junta Ejecutiva del UNICEF

FNUAP

Sra. Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva
Sr. Kunio Waki, Director Ejecutivo Adjunto
Sra. Mari Simonen, Directora, División de Apoyo Técnico
Dr. France Donnay, Director, Subdivisión de Salud Reproductiva

OMS

Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General
Dr. Tomris Türmen, Director Ejecutivo, Salud Familiar y Comunitaria
Dr. Bill Kean, Director, Cooperación Externa y Lazos de Asociación
Dr. Paul Van Look, Director, Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

VI. OBSERVADOR¹

ONUSIDA

Sr. David Lawson, Oficial de Enlace, Oficina del ONUSIDA en Nueva York

¹ El Banco Mundial no pudo estar representado en calidad de Observador.

ANEXO 2

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la reunión
2. Elección de Presidente y de Relatores
3. Adopción del orden del día y del calendario
4. Declaraciones de los jefes ejecutivos de la OMS, el UNICEF y el FNUAP
5. Progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones formuladas por el CCS en su segunda reunión
 - a) Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (incluida la utilización de micronutrientes)
 - b) Salud y desarrollo de los adolescentes
 - c) VIH/SIDA (con atención especial a la transmisión de la madre al niño)
 - d) Coordinación de las actividades complementarias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5)
 - i) Indicadores de referencia
 - ii) Paridad entre los sexos
 - iii) VIH/SIDA
 - e) Inmunización
6. Enfoques sectoriales del desarrollo sanitario
 - a) El papel de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas
 - b) Experiencias nacionales
7. Examen de las resoluciones y decisiones de los órganos rectores de la OMS, el UNICEF y el FNUAP
8. Aprobación del proyecto de informe
9. Fecha y lugar de la próxima reunión
10. Otros asuntos
11. Clausura de la reunión

ANEXO 3

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS POR EL CCS EN SU SEGUNDA REUNIÓN: PUNTOS DE ACCIÓN¹

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS (INCLUIDA LA UTILIZACIÓN DE MICRONUTRIENTES)

- 16A. Deben continuarse las actividades de fomento a nivel interregional y regional con objeto de movilizar más recursos para la ejecución de los programas nacionales, en particular en los países con alta mortalidad materna.
- 16B. Las secretarías de la OMS, del UNICEF y del FNUAP deben estudiar la posibilidad de establecer en los países grupos temáticos sobre los adolescentes, como subgrupos de los grupos temáticos sobre salud mencionados en el informe del CCS de 1998.² Ello comprendería un análisis de la experiencia (por ejemplo en materia de composición, objetivos, actividades, costos, resultados) de los grupos temáticos existentes. Este análisis debería realizarse en el término de un año, y habría que formular recomendaciones específicas, y tomar las medidas correspondientes en lo posible antes de la próxima reunión del CCS. Los grupos temáticos *i*) compartirían información; *ii*) elaborarían un plan de acción coordinado en apoyo de los programas nacionales y seleccionarían unas pocas intervenciones prioritarias bien definidas específicas para cada país, para las cuales se garantizaría un apoyo técnico adecuado; y *iii*) ayudarían a los gobiernos en sus esfuerzos para recaudar los fondos en el marco del plan de acción. Siguiendo el modelo de los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los grupos actuarían como la espina dorsal de coaliciones más grandes en las que participarían los interesados directos de diferentes sectores y un grupo representativo de los asociados.
- 16C. Se debe terminar rápidamente la preparación de una guía de planificación conjunta, como documento asociado a la Declaración Conjunta *Reducción de la mortalidad materna*, difundiéndola para apoyar las actividades de los grupos temáticos en los países a fin de fortalecer las capacidades nacionales.
- 16D. Los documentos normativos y las directrices técnicas deben ser ampliamente difundidos, sometiendo a evaluación su uso.
- 16E. El FNUAP, el UNICEF y el Banco Mundial deben colaborar estrechamente con la OMS en la ultimación del enfoque sobre la gestión integrada del embarazo y del parto, mediante el análisis externo y la participación en la elaboración de instrumentos que complementen esa estrategia, a fin de que sea un marco común para mejorar la atención de salud a la madre y al recién nacido en los países. Entre las cuestiones que se han de abordar mediante esa colaboración figuran la vigilancia, las prácticas familiares y comunitarias, el cálculo de costos y el financiamiento, la reglamentación de las prácticas de los proveedores, el transporte y las comunicaciones, y la formación del personal.

¹ Reproducido de los documentos CCH2/99/9/Report y CCH3/01/2.

² *Informe del Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud (CCS)* (1998), CCH(98)/Report, párr. 52.

- 16F. Debe continuar la colaboración interorganismos sobre criterios y normas para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva atentos a las necesidades de la mujer, bajo el liderazgo de la OMS.
- 16G. Todas las organizaciones deben fomentar la adopción de medidas para mejorar el estado nutricional de las niñas y mujeres, incluidas las recomendadas en el documento de consenso¹ para reducir la anemia en el embarazo.
- 16H. Se exhorta a la Directora General de la OMS y a las Directoras Ejecutivas del UNICEF y del FNUAP a colaborar con el Director General de la OIT para asegurarse que éste sea consciente de las consecuencias sanitarias del proyecto de convenio revisado sobre protección de la maternidad, de la OIT, de las repercusiones negativas que tendrá en los derechos de los niños y las mujeres, y de que la supresión, en el convenio, del derecho a interrumpir el trabajo para amamantar denegará a la mujer un derecho del que ha venido disfrutando desde 1919.
- 16I. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben llevar a la práctica el contenido del párrafo 66 del documento A/S-21/5/Add.1.

SALUD Y DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES

- 19A. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben proseguir las actividades de promoción de la salud y el desarrollo de los adolescentes, y aprovechar las oportunidades que surjan en relación con el seguimiento en curso del Programa de Acción de la CIPD y con el desarrollo del Futuro Programa Mundial para la Infancia.
- 19B. Las secretarías de la OMS, del UNICEF y del FNUAP deben estudiar la posibilidad de establecer en los países grupos temáticos sobre los adolescentes, como subgrupos de los grupos temáticos sobre salud mencionados en el informe del CCS de 1998.² Ello comprendería un análisis de la experiencia (por ejemplo en materia de composición, objetivos, actividades, costos, resultados) de los grupos temáticos existentes. Este análisis debería realizarse en el término de un año, y habría que formular recomendaciones específicas, y tomar las medidas correspondientes en lo posible antes de la próxima reunión del CCS. Los grupos temáticos *i*) compartirían información; *ii*) elaborarían un plan de acción coordinado en apoyo de los programas nacionales y seleccionarían unas pocas intervenciones prioritarias bien definidas específicas para cada país, para las cuales se garantizaría un apoyo técnico adecuado; y *iii*) ayudaría a los gobiernos en sus esfuerzos para recaudar los fondos en el marco del plan de acción. Siguiendo el modelo de los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los grupos actuarían como la espina dorsal de coaliciones más grandes en las que participarían los interesados directos de diferentes sectores y un grupo representativo de los asociados.
- 19C. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben desarrollar un instrumento práctico de planificación que pueda emplearse para colaborar con los países en la aplicación del marco de programación OMS/FNUAP/UNICEF sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes.

¹ UNU/UNICEF/WHO/MI, *Preventing iron deficiency in women and children: Background and consensus on key technical issues and resources for advocacy, planning and implementing national programs*. Micronutrient Initiative, Ottawa, en preparación.

² *Informe del Comité OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud (CCS)* (1998), CCH(98)/Report, párr. 52.

- 19D. Las tres organizaciones deben desarrollar un esquema para resumir la ejecución y las repercusiones de las actividades colaborativas e individuales llevadas a cabo para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes en los países, teniendo en cuenta las metas pertinentes que figuran en los planes de acción ya acordados a nivel internacional.
- 19E. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben elaborar un plan de acción para ampliar la capacidad a nivel regional y nacional a fin de proseguir la ejecución de los programas, y deben concretar las responsabilidades y los plazos.
- 19F. Las tres organizaciones deben examinar y definir las prioridades de investigación.
- 19G. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben pensar en especificar intervenciones que aborden la aptitud parental y la influencia de la sociedad y la comunidad con respecto a la salud y el desarrollo de los adolescentes.

INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA (con especial atención a la transmisión de la madre al niño)

- 22A. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben acelerar las actividades relacionadas con la iniciativa mundial interorganismos para la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Debe reiterarse a las instancias normativas que el acceso a la información sobre el VIH/SIDA y a las pruebas y al apoyo psicológico constituyen un derecho humano fundamental.

COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ULTERIORES

- 24A. Los **indicadores de puntos de referencia**. La OMS debe convocar una consulta técnica sobre los indicadores de puntos de referencia para la salud reproductiva, copatrocinada por el FNUAP y el UNICEF, en la que participaría el resto de asociados pertinentes, en particular los representantes de los países en desarrollo. Los objetivos de la reunión serían: *i*) acordar un conjunto común de, como máximo, 15 indicadores para la salud reproductiva, *ii*) elaborar un plan de trabajo que sirva de orientación y asistencia técnica a los países a fin de fortalecer su capacidad de hacer acopio de datos y de informar sobre los indicadores, y *iii*) acordar cómo ejecutar el plan de forma conjunta.
- 24B. El **género**. El UNICEF, el FNUAP y la OMS deben:
- promover el desglose y el análisis de todos los datos relacionados con la salud en función del sexo;
 - formular planteamientos y mensajes comunes con respecto a la equidad e igualdad entre los sexos y velar por que se difundan a todas las organizaciones;
 - crear un conjunto común de indicadores de género y salud para que los países lo utilicen tanto para evaluar sus progresos hacia la equidad y la igualdad entre los sexos como para formular políticas e iniciativas programáticas específicas para acelerar el progreso.
- 24C. El **VIH/SIDA**. La OMS, el FNUAP y el UNICEF, en el marco del ONUSIDA, deben prestar mayor atención a la prevención de la transmisión del VIH entre los adolescentes y apoyarla, en

particular en los países donde los niveles de VIH entre los adolescentes son altos, y hacer de éste un tema prioritario de las medidas complementarias generales propuestas sobre la salud de los adolescentes y el desarrollo.

- 24D. El **VIH/SIDA**. Los programas deben centrarse en lo siguiente: proporcionar educación sexual a los jóvenes de ambos sexos, conjuntamente donde sea posible; sensibilizar acerca de los problemas de la violencia y la explotación sexuales; y examinar si las leyes y políticas vigentes ayudan a los adolescentes a protegerse de la infección por el VIH.

INMUNIZACIÓN

- 29A. La OMS y el UNICEF deben seguir colaborando estrechamente a nivel mundial, regional y de país para mejorar la cobertura, el alcance y la calidad de los servicios de inmunización. Las dos organizaciones deben procurar ponerse de acuerdo y coordinar los objetivos, las estrategias, el cumplimiento de los calendarios, la asignación de recursos y el apoyo técnico a todos los niveles mediante actividades conjuntas de evaluación y planificación. Las dos organizaciones deben desempeñar un papel fundamental a nivel de país. Deben colaborar para lograr que se cumplan las metas establecidas por la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y se elaboren planes adecuados para la utilización del Fondo Mundial para Vacunas Infantiles y de otros recursos. Las dos organizaciones deben dedicar suficiente capacidad administrativa y técnica para apoyar estas actividades.
- 29B. La OMS y el UNICEF deben seguir haciendo un llamamiento conjunto al nivel político más alto para que los países en los que la poliomielitis es endémica y los países donantes se comprometan a cumplir la meta que prevé la erradicación de la poliomielitis al final del año 2000. Las dos organizaciones deben instar a los países en los que la poliomielitis es endémica a que concreten este compromiso llevando a cabo actividades de inmunización adicionales y fortaleciendo la vigilancia de la poliomielitis para acelerar el logro de ese objetivo, y deben instar a los países donantes a que garanticen la aportación oportuna de los fondos y el apoyo que se han comprometido a proporcionar. La distribución completa y oportuna de los fondos reviste especial importancia habida cuenta de la creciente necesidad de efectuar con antelación los pedidos de OPV (vacuna antipoliomielítica oral) para asegurar un suministro adecuado. Las dos organizaciones deben garantizar la aportación de capacidad administrativa y técnica suficiente para apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis.
- 29C. La OMS y el UNICEF deben aprovechar plenamente, al nivel político más elevado, la capacidad de las Naciones Unidas y de otras organizaciones que disponen de conocimientos especiales de las zonas afectadas por conflictos o influencia en las mismas, para negociar un entorno de trabajo sin riesgo y el acceso a las comunidades a las que no han llegado las actividades de los días nacionales de inmunización contra la poliomielitis ni otros servicios de salud esenciales, en particular en el Afganistán, Angola, la República Democrática del Congo, Somalia y el Sudán meridional.
- 29D. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben pedir conjuntamente el compromiso de los países en los que el tétanos materno y neonatal sigue siendo un problema de salud pública, a fin de alcanzar y mantener la eliminación de esta enfermedad. Las tres organizaciones deben pedir que los gobiernos de los países donantes presten apoyo a esas actividades y conseguir que se comprometa la suficiente capacidad administrativa y técnica para apoyar a los países en el logro y mantenimiento del objetivo.

- 29E. Reconociendo que las actividades de erradicación de la poliomielitis y de eliminación del TMN llegan a las poblaciones más difícilmente accesibles, la OMS, el UNICEF y el FNUAP deberían usar las iniciativas de lucha contra esas dos enfermedades para aprender y establecer nuevas alternativas que permitan seguir llevando hasta esas poblaciones de manera sostenida servicios de inmunización y otros servicios esenciales, como por ejemplo la administración de suplementos de vitamina A y el tratamiento vermífugo, mediante la creación de capacidad de gestión de los servicios de inmunización y el fortalecimiento de la infraestructura de inmunización en las zonas de difícil acceso.
- 29F. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben instar a todos los países en desarrollo a dedicar recursos para aumentar la cobertura, el alcance y la calidad de los servicios de inmunización, y a los gobiernos de los países donantes, a proporcionar ayuda financiera y técnica adecuada, especialmente para los países más pobres.
- 29G. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben instar a todos los países, y en particular a los países y organismos donantes, a adoptar la política conjunta OMS/UNICEF sobre la seguridad de las inyecciones en los servicios de inmunización. La OMS, el UNICEF y el FNUAP deben instar a todos los países a usar jeringas autodestruibles en todos los servicios en que ello sea técnicamente posible.
- 29H. La OMS y el UNICEF deben promover, y contribuir a ello, el desarrollo de la capacidad necesaria para mejorar la calidad de los datos, a fin de que las mediciones de la cobertura inmunitaria y de los resultados sanitarios permitan obtener mejores indicadores de la eficacia de las actividades de mitigación de la pobreza.

= = =