



Consejo Económico y Social

Distr.
LIMITADA

E/ICEF/1996/P/L.64
7 de junio de 1996
ESPAÑOL
ORIGINAL: ESPAÑOL, FRANCÉS
E INGLÉS

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA
Junta Ejecutiva
Período anual de sesiones de 1996
17 a 21 de junio de 1996
Tema 13 del programa provisional*

ADOPCIÓN DE MEDIDAS

COMITÉ MIXTO UNICEF/OMS DE POLÍTICA SANITARIA

Informe sobre su reunión especial celebrada en la sede
de la Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 15 y 16 de mayo de 1996

Resumen

En el presente informe figuran las recomendaciones formuladas en la reunión especial del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria de las Juntas Ejecutivas del UNICEF y la OMS, celebrada en la sede de la OMS en Ginebra los días 15 y 16 de mayo de 1996.

* E/ICEF/1996/13.







Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria
Reunión especial
OMS, Ginebra, 15-16 de mayo de 1996

JCHPSS/96.5
3 de junio de 1996

INFORME DEL COMITÉ MIXTO UNICEF/OMS DE POLÍTICA SANITARIA SOBRE SU REUNIÓN ESPECIAL

I. APERTURA (PUNTO 1 DEL ORDEN DEL DÍA)

1. El Dr. Yuji Kawaguchi, Director de la División de Asuntos Interorganismos, declaró abierta la reunión y dio la bienvenida a los participantes.

2. El Profesor Li Shichuo, Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS, fue elegido Presidente por unanimidad. El Dr. Kiasekoka Nlemvo João Miguel, miembro de la Junta Ejecutiva del UNICEF, y el Dr. K. Leppo, miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS, fueron elegidos Relatores. El Comité Mixto tomó nota de las excusas enviadas por los siguientes miembros que no pudieron asistir a la reunión: el Dr. A. R. S. Al-Muhailan, el Dr. B. L. Shrestha y el Dr. K. Kalumba. La lista de los participantes figura en el anexo.

3. El Comité Mixto adoptó el orden del día¹ en su forma enmendada, con la adición de un punto sobre la Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para África. En sus observaciones preliminares, el Presidente dijo que el Comité Mixto tenía una larga e ilustre experiencia en la tarea de ayudar a fomentar y poner en práctica un enfoque más humano y dinámico de la salud. El principal cometido de la reunión en curso era examinar los progresos realizados hacia el logro de las metas sanitarias adoptadas en 1990 por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como de los objetivos fijados para mediados del decenio. El examen mostraría que las metas, de formulación tan sencilla, habían servido para estimular los esfuerzos, no sólo del UNICEF y de la OMS, sino también de todos los interesados en la salud y el bienestar de los niños y las mujeres. Era importante que el Comité Mixto evaluara la situación actual y propusiera medidas realistas para los próximos cinco años.

4. El Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS, dio la bienvenida a todos los participantes y en especial a la Sra. C. Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, presente en el Comité Mixto por primera vez. El Dr. Nakajima expresó su confianza en que la colaboración de larga data entre ambas organizaciones se volvería más estrecha y eficaz en beneficio de los Estados Miembros y de sus poblaciones, en particular de las mujeres y los niños.

5. Se habían registrado logros importantes en la inmunización de los niños. En 1994 se había certificado la erradicación de la poliomielitis en la Región de las Américas, y la OMS esperaba extender ese resultado a todo el planeta antes del final del siglo. Asimismo, se estaban haciendo progresos sustanciales en la erradicación de la dracunculosis, en la eliminación del tétanos neonatal, la lepra y la enfermedad de Chagas y en la lucha contra el sarampión y la oncocercosis. Sin embargo, quedaban enormes desafíos por afrontar. Las enfermedades infecciosas eran la principal causa de defunción prematura en el mundo: de un total de aproximadamente 52 millones de defunciones por todas las causas registrado en 1995, más de 17 millones se habían debido a enfermedades infecciosas, y de ellas, alrededor de nueve millones habían sido de niños pequeños. Las enfermedades más mortíferas de 1995 habían sido las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores; las enfermedades diarreicas, incluido el cólera, la fiebre tifoidea y la disentería; y

¹ Documento JCHPSS/96.1/Rev.2.

el paludismo. El problema era particularmente grave en Africa, donde en las zonas rurales el paludismo se cobraba la vida de uno de cada 20 niños antes de los cinco años de edad. El sarampión, el tétanos neonatal y la tos ferina aún causaban unas tasas de mortalidad infantil muy elevadas. Los programas de inmunización debían proseguir sin descanso.

6. Esa cruda realidad debía reforzar la determinación del UNICEF y de la OMS de aprovechar todos los recursos disponibles y de luchar con renovada energía por la supervivencia y el futuro sano de los niños del mundo. El tratamiento integrado de las enfermedades infantiles era un enfoque prometedor, que debía incorporarse lo antes posible a los sistemas de salud nacionales e integrarse en los sistemas sanitarios de distrito. El conjunto de las directrices para el tratamiento estándar y el curso de formación para agentes de salud del primer nivel, desarrollado conjuntamente por el UNICEF y la OMS, sería un instrumento importante.

7. En la gran mayoría de los casos, la mortalidad y morbilidad maternas podían evitarse. El embarazo no es una enfermedad, y para prevenir las defunciones y discapacidades relacionadas con él no se requieren medicamentos caros ni tecnología compleja. Toda mujer gestante o parturienta debería tener acceso a una atención primaria de salud básica de buena calidad y a un envío oportuno a un centro de atención obstétrica esencial en caso de complicaciones. La presencia de un asistente calificado durante el parto era un determinante decisivo del desenlace, tanto para la madre como para el niño, como se había demostrado una y otra vez. A ese respecto se habían hecho algunos progresos, pero casi la mitad de las mujeres del mundo aún daban a luz sin asistencia o sólo con una ayuda sumamente elemental y no calificada. Tanto el UNICEF como la OMS habían subrayado la importancia de seguir fortaleciendo los servicios de partería especializados.

8. En la actualidad la atención debía centrarse en un compromiso político y profesional a financiar y mantener unas medidas de control de las enfermedades y de fomento de la salud bien planificadas y eficientes, que salvaran vidas y mejoraran la calidad de la vida de los niños y de sus madres. El bienestar futuro de todos los países dependía de la generación más joven. Las necesidades mayores se registraban todavía en los países más desfavorecidos, particularmente en el continente africano. La Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para Africa había situado la salud entre sus principales prioridades. Un esfuerzo concertado para realizar una reforma equitativa del sector sanitario en los próximos cinco a diez años en todos los países africanos ayudaría a reducir las enfermedades infantiles y a combatir más eficazmente las enfermedades infecciosas, incluido el paludismo. Sería posible aumentar el acceso a los servicios de salud reproductiva, que tanta falta hacían en la mayoría de los países. También podían adoptarse otras medidas para reducir la morbilidad y mortalidad maternas.

9. El Comité Mixto debía señalar el camino hacia soluciones prácticas que garantizaran la seguridad sanitaria para todos. Se necesitaba un esfuerzo decidido para alcanzar las metas establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. La comunidad internacional debía tomar más conciencia de la necesidad y la oportunidad de combatir la pobreza mejorando la salud. La solidaridad entre los países y entre las generaciones era la mejor garantía de seguridad y prosperidad para todos.

10. La Sra. C. Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, dijo que el UNICEF atribuía muy alta prioridad a la labor del Comité Mixto, ya que la salud y la nutrición seguían siendo aspectos centrales de los programas del UNICEF en más de 140 países en desarrollo. Desde la anterior reunión del Comité Mixto se habían producido en el UNICEF tres novedades importantes que repercutían directamente sobre la labor en materia de salud y nutrición: en enero de 1996, la Junta Ejecutiva del UNICEF había aprobado una declaración de misión sin precedentes en la que se establecía claramente que el UNICEF se guiaba por la Convención sobre los Derechos del Niño; en septiembre de 1995, la Junta Ejecutiva había aprobado una estrategia de salud actualizada que se había debatido ampliamente con la OMS; y últimamente el UNICEF había reorganizado su Sección de Salud en Nueva York.

11. La reunión en curso del Comité Mixto era importante porque ayudaría a evaluar los progresos realizados a mediados del periodo en todo el mundo hacia las metas fijadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y a sentar las bases para el informe que el Secretario General de las Naciones Unidas presentaría a la Asamblea General algunos meses más tarde. Se habían alcanzado resultados impresionantes en la reducción de la mortalidad infantil, pero la situación del Africa subsahariana y de Asia meridional seguía siendo grave. Se habían hecho progresos en la lucha contra la diarrea. Las infecciones respiratorias agudas serían responsables, no obstante los esfuerzos, de alrededor de una tercera parte de todas las defunciones infantiles en 65 de los 88 países con los niveles más altos de mortalidad. En términos mundiales, la cobertura de inmunización del 80% alcanzada en 1990 se había mantenido y estaba salvando bastante más de dos millones de vidas jóvenes cada año. En ese proceso, se habían reforzado los sistemas de atención primaria de salud en muchas naciones. La malnutrición, que seguía teniendo una alta prevalencia entre los niños pequeños del mundo en desarrollo, estaba asociada a más del 50% de la mortalidad en ese grupo de edad. En los dos últimos años los programas de yodación de la sal habían reducido a la mitad el número de niños expuestos a trastornos por carencia de yodo, la principal causa de afecciones mentales en los niños. Las formas graves de carencia de vitamina A, incluida la ceguera, habían registrado una merma marcada en muchos países gracias a los programas de suplementación en gran escala. La reducción de la anemia ferropénica debía ser objeto de mayor prioridad, y la lactancia materna, esencial para combatir la malnutrición, debía volver a ser la norma a nivel mundial.

12. La reducción de la mortalidad y morbilidad maternas debía ser una prioridad en la colaboración entre el UNICEF y la OMS, no sólo por el número inaceptable de víctimas que causan entre las mujeres, sino también porque la muerte de una madre reduce enormemente las probabilidades de supervivencia y desarrollo sano de los hijos. Además, si se quería alcanzar el objetivo del acceso universal al agua de bebida inocua y a un saneamiento adecuado, las comunidades debían desempeñar un papel mucho mayor en la planificación y gestión de esos servicios básicos; había que buscar maneras más equitativas de financiarlos; y debía instaurarse una colaboración mucho mayor entre todos los organismos activos en ese sector.

13. La Convención sobre los Derechos del Niño proporcionaba un marco para el trabajo hasta el próximo siglo. La ratificación y aplicación universales de la Convención exigían que todo niño tuviera acceso a los servicios básicos y al apoyo necesario para su supervivencia, protección y desarrollo. Los objetivos dictados por el realismo y por consideraciones prácticas no eximían de la responsabilidad de proseguir los esfuerzos hasta que los derechos humanos de todos los niños estuvieran asegurados.

14. Las lecciones aprendidas en la primera mitad del decenio debían analizarse, en coordinación con las autoridades nacionales de cada país y con una amplia gama de organizaciones internacionales, y debían adoptarse medidas para aplicar criterios más eficaces. Para obtener buenos resultados era indispensable una integración mucho mayor de las actividades sanitarias, así como un mayor hincapié en la participación comunitaria. Los niños y sus familias no constituían sectores aparte, sino que vivían juntos en hogares y comunidades donde recibían la mayor parte de los cuidados básicos. También exigían atención algunos problemas sanitarios importantes, como el paludismo y el VIH/SIDA, para los cuales no se habían establecido metas mundiales.

15. Debían reforzarse las estrategias de promoción de la salud y de la nutrición centradas en la modificación del comportamiento en la familia y el hogar. Las personas mismas podían reducir la carga de morbilidad mediante cambios pequeños pero decisivos en sus hábitos y modos de vida cotidianos, incluida la alimentación. Las modificaciones del comportamiento eran especialmente importantes en el caso de los problemas de salud de los adolescentes. La Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para Africa ofrecía una oportunidad para acelerar la reducción de la mortalidad infantil y materna en el Africa subsahariana. La vigilancia y el seguimiento debían proseguir y mejorar en todas las esferas de la salud y la nutrición. Tanto en los países industrializados como en las naciones en desarrollo quedaba mucho por hacer para utilizar eficazmente los

datos en beneficio de los niños. La movilización de recursos adicionales para la salud y la nutrición representaba un reto especial. A ese respecto, era alentador que una reunión convocada recientemente en Oslo por los Gobiernos de Noruega y los Países Bajos hubiera reafirmado la iniciativa 20/20 como una de las propuestas más prometedoras para afrontar la actual crisis de la financiación de los servicios sociales básicos.

16. A mitad de camino entre la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y el año 2000, los resultados del compromiso político de ofrecer a todos los niños un futuro mejor eran ya evidentes, a pesar de los conflictos civiles y de los desastres naturales y provocados por el hombre que habían afectado a tantos países. Ese progreso significaba que en 1996 morirían alrededor de 2,5 millones de niños menos que en 1990. Este impulso sin precedentes hacia un mejoramiento de la situación debía ser el puente que permitiera a todos los niños entrar en el siglo XXI.

II. EXAMEN DE LAS RESOLUCIONES DE LA OMS Y DE LAS DECISIONES DEL UNICEF (PUNTO 2 DEL ORDEN DEL DÍA)

17. El documento examinado² presentaba las resoluciones relacionadas con el mejoramiento del estado de salud de las mujeres y los niños adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1995 y por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1996, así como las decisiones adoptadas por la Junta Ejecutiva del UNICEF desde su 30ª reunión en relación con la salud. El Comité Mixto tenía, pues, la oportunidad de proponer enfoques innovadores para imprimir más vigor a la aplicación de la política, y de señalar las resoluciones y decisiones a la atención del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Junta Ejecutiva del UNICEF, junto con sus propuestas de acción.

RESOLUCIONES DE LA OMS

Acción de emergencia y humanitaria (WHA48.2)

18. La presencia del UNICEF y de la OMS sobre el terreno antes, durante y después de las emergencias ponía a las dos organizaciones en condiciones de coordinar sus respectivas actividades en lo referente a la preparación para casos de desastre, la gestión de las crisis y la rehabilitación. Se señaló que debían esclarecerse las funciones específicas del UNICEF y de la OMS en los diferentes tipos de situaciones de emergencia.

19. El Comité Mixto alentó a que prosiguieran los esfuerzos para elaborar un memorando de entendimiento y recomendó que el proceso se concluyera lo antes posible y que continuara, mediante consultas regulares, la negociación de otros arreglos de colaboración de carácter práctico para aumentar la cooperación sobre el terreno entre los representantes del UNICEF y de la OMS en los países en relación, por ejemplo, con la preparación o la formación para emergencias.

Cooperación intensificada con los países más necesitados (WHA48.3)

20. El Comité Mixto tomó nota de la resolución y se expuso sucintamente el criterio previsor y por países aplicado por la OMS. Se señaló que los recursos debían utilizarse con vistas a obtener la máxima eficiencia y una colaboración eficaz a nivel de país. El Comité Mixto reconoció el firme compromiso de ambas organizaciones, la base común y también las diferencias entre sus enfoques, y la necesidad de intensificar la cooperación en los países sobre la base de la experiencia compartida.

² Documento JCHPSS/96.2.

21. El Comité Mixto **recomendó** que el UNICEF y la OMS siguieran colaborando para apoyar a los países más necesitados, en especial a los del África subsahariana y a los países menos adelantados.

Prevención de los defectos de audición (WHA48.9)

22. Se observó que el UNICEF trataba la prevención de los defectos de audición en el marco de un enfoque integrado y holístico de la atención del niño y la prevención de las discapacidades. Debía examinarse de qué manera los hogares, los grupos comunitarios y las escuelas podían contribuir a la prevención de los defectos de audición y de otras discapacidades evitables. La resolución WHA48.9 se proponía facilitar el trabajo mediante los sistemas de atención primaria de salud existentes y de manera integrada, con vistas a aumentar las actividades de prevención de las discapacidades en la infancia.

23. El Comité Mixto señaló que los defectos de audición eran un obstáculo al desarrollo del niño y alentó a que el UNICEF y la OMS colaboraran en el futuro en el marco del apoyo integrado a la atención de los niños y la prevención de las discapacidades.

Salud reproductiva: función de la OMS en la estrategia mundial (WHA48.10)

24. El Comité Mixto tomó nota de la resolución y de que la salud de la madre y del recién nacido era, desde hacía tiempo, un importante campo de actividades complementarias y, en los casos procedentes, de colaboración. El UNICEF y la OMS estaban interesados en aumentar aún más la colaboración en esa esfera, teniendo en cuenta las recomendaciones del ECOSOC y del CAC en relación con el seguimiento coordinado de las conferencias internacionales, en particular de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Una estrategia internacional de lucha antitabáquica (WHA48.11)

25. El Comité Mixto tomó nota de que el UNICEF y la OMS habían comenzado a trabajar juntos en la lucha contra el tabaco. El Comité Mixto animó a las dos organizaciones a que prosiguieran su colaboración con miras a reforzar los enfoques amplios y de alcance mundial para prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes, teniendo presente que las actividades del UNICEF se desarrollarían en el marco de la estrategia de salud aprobada por su Junta Ejecutiva.

Respuesta de la OMS a los cambios mundiales: renovación de la estrategia de salud para todos (WHA48.16)

26. Tomando nota de que el tema de la resolución se mencionaba también en la decisión 1995/28 de la Junta Ejecutiva del UNICEF, el Comité Mixto consideró la renovación de la estrategia de salud para todos como una prioridad para la acción y **recomendó** que las dos organizaciones siguieran colaborando estrechamente a nivel mundial, regional y de país.

27. El Comité Mixto tomó nota de la información que figuraba en el documento³ con respecto a las siguientes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud:

Lucha contra las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas: lucha integrada contra la morbilidad infantil (WHA48.12)

Prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles: enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes (WHA48.13)

Cumbre de París sobre el SIDA (WHA48.27)

³ JCHPSS/96.2.

Establecimiento del programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (WHA48.30)

Prevención y lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo (EB97.R9)

DECISIONES DE LA JUNTA EJECUTIVA DEL UNICEF

Coordinación de las actividades del UNICEF referentes al VIH/SIDA (1995/13)

28. El Comité Mixto tomó nota de la decisión y destacó la necesidad de colaborar con el ONUSIDA.

Estrategias del UNICEF en materia de abastecimiento de agua y saneamiento ambiental (1995/22)

29. El Comité Mixto tomó nota de la decisión y, en ese contexto, planteó la cuestión de la compartición de costos en la comunidad. Se convino en que el UNICEF y la OMS debían examinar el asunto como parte de su colaboración continua en materia de abastecimiento de agua y saneamiento.

30. El Comité Mixto tomó nota de las siguientes decisiones de la Junta Ejecutiva del UNICEF, observando que reflejaban realidades prácticas de la aplicación de las políticas sanitarias internacionales y de la provisión de acceso a los servicios esenciales, especialmente en los entornos con escasos recursos:

Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1996/3)

Ampliación de la cooperación con la Asociación Rotaria Internacional para la erradicación de la poliomielitis y la ampliación de la Iniciativa para la Independencia Vacunal (1996/17)

Estrategia de salud para el UNICEF (1995/28)

Seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1995/29)

31. El Comité Mixto **recomendó** que las dos organizaciones siguieran colaborando estrechamente, a nivel mundial, regional y de país, en la adquisición de experiencia y la elaboración de nuevas orientaciones sobre la base de esa experiencia.

III. CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA: EXAMEN DE LOS PROGRESOS REALIZADOS A MEDIADOS DEL DECENIO Y PREPARACIÓN PARA EL AÑO 2000 (PUNTO 3 DEL ORDEN DEL DÍA)

32. En el documento examinado⁴ se exponían las metas para el año 2000 y las metas sanitarias para mediados del decenio establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y se indicaban los progresos realizados en la consecución de esas metas y los obstáculos que quedaban por superar.

33. Se pedía al Comité que proporcionara orientación sobre las maneras de mantener el impulso y las presiones para obtener un apoyo político y financiero continuo a las actividades necesarias para alcanzar las metas. El Comité Mixto subrayó la importancia de centrar la atención en la mortalidad y morbilidad infantil y materna, y en el abastecimiento de agua y el saneamiento, destacando las necesidades especiales de África y de Asia meridional. Se observó que para avanzar en esas esferas hacían falta voluntad política y recursos.

⁴ JCHPSS/96.3.

34. Se señaló que las metas proporcionaban un instrumento de desarrollo que debía emplearse sensatamente para asegurar que contribuyeran al logro de los objetivos de desarrollo a largo plazo. Aunque se habían logrado éxitos importantes, se reconoció que también había habido fracasos. Sacar lecciones de esos fracasos era un paso esencial para alcanzar los objetivos. En ese contexto, se subrayó la importancia de unos sistemas de salud de distrito eficientes. También se recalcó que la Convención sobre los Derechos del Niño atribuía a todos los niños el derecho a la supervivencia, la protección y el desarrollo, y que había que hacer todo lo posible para lograr lo aún no logrado.

35. La Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para Africa ofrecía una importante oportunidad para reducir la mortalidad infantil y materna. Habida cuenta del gran número de defunciones infantiles y maternas registrado en Asia meridional, los países de esa región también necesitaban una atención especial.

SALUD DEL NIÑO

36. Con respecto a la reducción de la *mortalidad infantil*, el Comité Mixto hizo hincapié en la necesidad de evaluar la eficacia relativa de diversos enfoques y de examinar las vinculaciones entre diferentes actividades. Además de los programas de lucha contra las defunciones por diarrea, infecciones respiratorias agudas y enfermedades prevenibles mediante vacunación, debían adoptarse medidas para reducir las defunciones causadas por el paludismo. Para alcanzar la meta se requería una atención y unos recursos mucho mayores. Había que desplegar un esfuerzo supremo para proporcionar a todos los niños la atención de salud adecuada. El Comité Mixto **recomendó** la integración de las actividades a nivel de distrito para reducir las defunciones infantiles y maternas.

37. El Comité Mixto tomó nota de que se habían hecho importantes progresos hacia la meta establecida para mediados del decenio en relación con la *inmunización*, y de que las perspectivas de alcanzar las metas para el final del decenio eran buenas, suponiendo que pudieran conseguirse los recursos necesarios. El Comité Mixto acogió con agrado la detallada información proporcionada sobre los costos y beneficios de la inmunización y **recomendó** que otros programas también hicieran lo necesario para proporcionar datos financieros análogos. Era importante cerciorarse de que los programas fueran sostenibles, de que el acceso a los servicios mejorara y de que se reforzara la gestión. Las actividades de erradicación de la poliomielitis debían utilizarse como un medio para mejorar la inmunización y otras actividades de atención primaria de salud. Había que concentrarse en llegar al 20% de la población infantil que aún estaba desprotegida. Entre otras medidas, en los cinco años siguientes había que concentrarse en los países con escasos resultados; promover el criterio del alto riesgo como la estrategia más eficiente contra el tétanos neonatal; acelerar el programa contra el sarampión en los países y zonas en que la enfermedad representara una carga pesada; y, donde la poliomielitis siguiera siendo endémica, apoyar a los países en la inmunización sistemática y en la organización de días nacionales de inmunización.

38. Con respecto a la *lucha contra las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias*, el Comité Mixto señaló la importancia de la vinculación entre los diversos sectores cuyas actividades influyen en el logro de los objetivos. Por ejemplo, las metas relativas al agua y el saneamiento guardaban una relación directa con la reducción de la mortalidad relacionada con la diarrea. Incluso en los lugares en que aún no hubiera sido posible efectuar mejoras en los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento, debía seguirse trabajando para estimular la adopción de comportamientos sanos y llevar a cabo intervenciones apropiadas en las comunidades y los servicios de salud con miras a reducir la morbilidad y la mortalidad.

39. El Comité Mixto alentó a que se adoptara un enfoque integrado del *tratamiento de las enfermedades de la infancia*, que abarcara las infecciones agudas de las vías respiratorias, la diarrea, el sarampión, el paludismo y los distintos aspectos de la malnutrición. Se señaló que las metas para el año 2000 relativas a la reducción de la mortalidad por diarrea e infecciones respira-

torias agudas seguían siendo técnicamente alcanzables, pero que para lograrlas haría falta un aumento importante de la voluntad política y de los recursos. Sería conveniente que el UNICEF y la OMS analizaran el nivel de actividades necesario para cumplir con esas metas, evaluaran la viabilidad de hacerlo y replanificaran el apoyo a las actividades de lucha en los países. Los esfuerzos encaminados a combatir las enfermedades diarreicas debían apoyar las medidas de promoción de la terapia de rehidratación oral, con inclusión de un mejor acceso a las sales de rehidratación oral y de la comunicación para inducir modificaciones del comportamiento. Además, debía hacerse más hincapié en el tratamiento de la disentería y de la diarrea persistente. Todas esas actividades exigían una perspectiva a largo plazo y el establecimiento, en el plano nacional, de metas que se adaptaran a las necesidades y los recursos de cada país.

SALUD Y EDUCACIÓN DE LA MUJER

40. El Comité Mixto tomó nota de que la reducción de la mortalidad y morbilidad de la madre y del recién nacido, pese a haber sido por mucho tiempo un objetivo común del UNICEF y la OMS, exigía más atención. Sólo recientemente se habían obtenido estimaciones fidedignas de los datos básicos de 1990, tanto a nivel mundial como para cada país. La mitad del decenio ya había pasado y era sumamente urgente asignar los recursos y adoptar las medidas necesarias para alcanzar las metas del final del decenio. El UNICEF y la OMS debían utilizar las nuevas estimaciones para generar una mayor conciencia sobre la magnitud del problema y la viabilidad de un cambio. Las intervenciones necesarias se conocían: la planificación de la familia, la atención de la madre y del recién nacido (incluida una atención prenatal, durante el parto y puerperal de calidad aceptable), el acceso a la atención de partería para todas las mujeres embarazadas y los cuidados esenciales para las complicaciones obstétricas. Habiéndose identificado las actividades prioritarias, era indispensable el compromiso inmediato de ambas organizaciones en apoyo de esas actividades.

41. En lugar de orientar los escasos recursos simplemente a medir la mortalidad materna, era importante concentrarse en la ejecución de intervenciones eficaces en el marco del concepto de atención primaria de salud y utilizar indicadores del desempeño para vigilar la aplicación del programa. El UNICEF y la OMS debían dar a conocer inmediatamente sus directrices conjuntas para la vigilancia de la mortalidad materna, a fin de que los gestores de programas y los responsables de las políticas pudieran servirse de ellas para evaluar los progresos.

42. Se hizo hincapié en la necesidad de sacar lecciones de los éxitos y fracasos del pasado. Por ejemplo, era sabido que la formación de parteras tradicionales contribuía a reducir la mortalidad y morbilidad de la madre y del recién nacido sólo cuando esas parteras recibían un apoyo continuo, eran objeto de una supervisión regular y estaban funcionalmente vinculadas a un sistema de envío de casos para la atención materna.

43. En vista de la urgencia de la situación, el Comité Mixto recalcó la necesidad de establecer sistemas de salud de distrito debidamente dotados de equipo y de personal, así como la importancia de abogar insistentemente por un mayor compromiso político y un aumento de los recursos.

METAS NUTRICIONALES

44. El Comité Mixto examinó los progresos realizados en la consecución de las seis metas nutricionales relativas a la malnutrición, los trastornos causados por la carencia de yodo, la carencia de vitamina A y de hierro, la lactancia natural, y la vigilancia y promoción del crecimiento, y tomó nota de que se habían alcanzado logros en algunas esferas, especialmente en la reducción de los trastornos causados por la carencia de yodo. Se destacaron los resultados de un reciente análisis completo de los datos, según el cual, como promedio, el 56% de la mortalidad de niños pequeños (de 6 a 59 meses de edad) estaba asociado a la malnutrición, y, de ese porcentaje, un 83% era atribuible a una malnutrición de leve a moderada, y no a la grave.

45. Las siguientes esferas se consideraron prometedoras para la cooperación futura: la lucha contra las carencias de vitamina A y de hierro; la promoción de la lactancia natural y de una alimentación complementaria apropiada; y el mejoramiento de la nutrición de las muchachas y las mujeres. El Comité Mixto observó que existía un vínculo entre la pobreza y la malnutrición, pero que había medidas eficaces que podían tomarse para reducir esta última. Se subrayó la importancia fundamental de la educación nutricional y de la diversificación de la alimentación para combatir la malnutrición proteinoenergética y de micronutrientes. El Comité Mixto reconoció que el estado nutricional podía utilizarse como un indicador de la pobreza y del desarrollo.

ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO

46. El Comité Mixto reconoció que el abastecimiento de agua y el saneamiento eran una esfera prioritaria para el UNICEF y la OMS. En decisiones recientes del Comité Mixto y del Consejo Ejecutivo y la Junta Ejecutiva de esas organizaciones se había subrayado la necesidad de una colaboración más estrecha en la elaboración de nuevos enfoques para llegar a los sectores no atendidos, especialmente en la esfera del saneamiento, asegurar la vigilancia a nivel de país y satisfacer las necesidades de Africa. Entre las recomendaciones específicas figuraban las siguientes: 1) el perfeccionamiento de un criterio de acción del UNICEF y la OMS en materia de abastecimiento de agua y saneamiento, que incluyera consideraciones relativas a la financiación y a la compartición de costos en la comunidad; 2) un mayor hincapié en la prestación de servicios de saneamiento a los grupos más expuestos a enfermedades relacionadas con el saneamiento; 3) el fortalecimiento de la colaboración en la vigilancia a nivel de país; y 4) una cooperación más estrecha en la Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para Africa, con inclusión de las actividades de Africa 2000 y del Grupo de Trabajo de Africa del Consejo de Colaboración, así como en los esfuerzos para apoyar los programas nacionales de acción.

47. El Comité Mixto tomó nota con satisfacción de que el número de casos de dracunculosis (*enfermedad del gusano de Guinea*) se había reducido en un 97% desde 1986, y el número de aldeas infectadas había bajado de 23 000 a menos de 8000 a finales de 1995. El Comité Mixto expresó su preocupación porque, a pesar de esos progresos, algunos países no cuentan con suficiente apoyo para las actividades de erradicación de la dracunculosis.

48. El Comité Mixto **recomendó** que el UNICEF y la OMS intensificaran sus esfuerzos con vistas a asegurar una financiación adecuada de las actividades de vigilancia, contención de casos y supervisión, en el marco de los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis y velaran por que la intensidad de esas intervenciones se mantuviera al menos en el nivel de 1995 durante todo 1996 y 1997. A ese respecto, el Comité Mixto subrayó la importancia de un apoyo político y económico continuo para la erradicación de la dracunculosis.

OTRAS METAS

49. En el contexto de la meta de la educación básica fijada en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, se había establecido una meta para mediados del decenio relativa a la lucha contra el VIH/SIDA. A ese respecto, el Comité Mixto tomó nota de que había proseguido la labor encaminada a establecer un indicador relativo a la proporción de personas de los grupos de edad 15-49 y 15-19 años que podían mencionar al menos dos formas aceptables de protegerse contra el VIH, y de que se habían efectuado progresos en la vigilancia de los niveles de prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años de edad que acuden a los consultorios de atención prenatal. Estudios prácticos efectuados en Uganda revelaban una tendencia descendente en la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas controladas en el marco de un estudio de vigilancia del VIH. Además, el Comité Mixto recordó la necesidad de que el UNICEF y la OMS colaboraran estrechamente con el ONUSIDA, en particular en relación con esta meta.

DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN

50. El Comité Mixto tomó nota del proyecto de documento de orientación,⁵ en el que se presentaba información completa sobre los progresos realizados a mediados del decenio y las perspectivas para el año 2000 en lo que respecta a las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Tomó nota con satisfacción de la estrechísima colaboración entre el UNICEF y la OMS en el apoyo a los gobiernos para seguir de cerca los progresos hacia la consecución de esas metas.

51. El Comité Mixto formuló varias observaciones sobre los datos presentados en el documento y pidió que se actualizaran a fin de que reflejaran los hechos más recientes (incluidas las novedades en esferas de acción prioritarias pero poco atendidas, como la mortalidad materna), a fin de que pudieran utilizarse como aportación al informe que el Secretario General de las Naciones Unidas presentaría a la Asamblea General en septiembre de 1996. Además, el Comité Mixto observó que en los restantes años del decenio tendría que reafirmarse la voluntad política de concentrar recursos en las necesidades sanitarias de los niños y las mujeres, especialmente en África y Asia meridional.

52. El Comité Mixto recomendó que el UNICEF y la OMS actualizaran el documento de manera que el informe del Secretario General a la Asamblea General en septiembre de 1996 reflejara las novedades más recientes, incluidas las referentes a las esferas de acción prioritarias poco atendidas.

**IV. INICIATIVA ESPECIAL DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA AFRICA
(PUNTO 4 DEL ORDEN DEL DÍA)**

53. Se presentó información sobre la Iniciativa especial del sistema de las Naciones Unidas para África, proceso que se centra en cuatro temas principales: el aumento del apoyo con miras a promover las condiciones básicas para la tranquilidad social y el desarrollo económico; la adopción de medidas destinadas a mejorar la situación de las personas mediante un acceso ampliado a la educación y a la salud, en particular para las muchachas y las mujeres, junto con medidas paralelas relacionadas con el empleo y la promoción de medios de subsistencia sostenibles; el fortalecimiento de la capacidad de gobierno; y el potenciamiento de una seguridad sostenible en materia de alimentos y agua.

54. Ambas organizaciones estaban plenamente comprometidas con la Iniciativa, en particular con sus componentes sanitarios o relacionados con la salud. El UNICEF y la OMS, junto con otras organizaciones interesadas, estaban adoptando medidas prácticas para fortalecer la colaboración en apoyo de las estrategias de aplicación impulsadas por los países.

55. Se señaló que un aspecto importante de la Iniciativa era la participación de las Instituciones de Bretton Woods, habida cuenta de la necesidad de reducir la pesada carga del servicio de la deuda de los países interesados. Se hizo hincapié en la responsabilidad de la iniciativa por parte de los países africanos, en la incentivación del personal y en la necesidad de una asociación verdadera a nivel de país, ya que la imposición de las prioridades y de las opiniones de la comunidad internacional sólo conduciría a una repetición del fracaso de iniciativas anteriores.

⁵ JCHPSS/96.3/Add.1.

V. OTROS ASUNTOS (PUNTO 5 DEL ORDEN DEL DÍA)***Orden del día provisional para la próxima reunión del Comité Mixto***

56. Se presentaron cinco puntos para un posible examen futuro por el Comité Mixto. Reconociendo que era preferible debatir en profundidad unos cuantos temas importantes en lugar de pasar simplemente revista de una variedad de asuntos, el Comité Mixto decidió limitar el número de puntos del orden del día a dos, a saber, los sistemas de salud de distrito y el abastecimiento de agua y el saneamiento. Se pidió a las dos Secretarías que efectuaran los análisis necesarios en preparación de la próxima reunión.

Fecha y lugar de la próxima reunión del Comité Mixto

57. El Comité Mixto decidió celebrar su 31ª reunión en Ginebra, proponiéndose como fechas provisionales el 27 y 28 de enero de 1997, a continuación del Consejo Ejecutivo de la OMS, o el 29 y 30 de enero de 1997. La segunda fecha, sin embargo, plantearía problemas a los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS. Se pidió a las dos Secretarías que prepararan la reunión y llegaran a un acuerdo respecto de las fechas.

VI. OBSERVACIONES FINALES

58. El Sr. S. Jarrett, Oficial Encargado de la Sección de Salud, haciendo uso de la palabra en nombre de la Directora Ejecutiva del UNICEF, agradeció a todos los participantes sus constructivas aportaciones al debate, que habían permitido al Comité Mixto ofrecer una orientación útil para la labor futura.

59. El Dr. R. H. Henderson, Subdirector General, hablando en nombre del Director General de la OMS, expresó su agradecimiento por las numerosas e instructivas aportaciones a la reunión y felicitó a todos los interesados, en particular al Presidente y a los Relatores, por su admirable eficiencia.

60. El Presidente, Profesor Li Shichuo, dio las gracias a todos los miembros del Comité Mixto y al personal de apoyo por su contribución al buen desenvolvimiento de la reunión especial.

* * * *

ANEXO

LISTA DE PARTICIPANTES

Miembros de la Junta Ejecutiva del UNICEF

Excmo. Sr. Embajador Ion Gorita, Presidente de la Junta Ejecutiva del UNICEF, Rumania
Dr. Kiasekoka Nlemvo João Miguel, Inspector Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Angola
Dra. I. Grebesheva, Director General, Asociación de Rusia, Planificación Familiar, Federación de Rusia
Dr. David Nabarro, Director, Desarrollo Humano, Administración de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido
Dr. Oscar Feo-Isturiz, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela
Dr. Suyono Yahya, Secretario Ejecutivo, Ministerio Coordinador de Asistencia Social, Indonesia

Miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS

Profesor Li Shichuo, Presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, Director General, Departamento de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud, República Popular de China
Dra. J. I. Boufford, Subsecretaria Principal Adjunta de Salud, Servicio de Salud Pública de los EE.UU., Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos, Estados Unidos de América
Dr. K. Leppo, Director General, Departamento de Servicios Sociales y Sanitarios, Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud, Finlandia
Dr. Ngo Van Hop, Director, Departamento de Cooperación Internacional, Viet Nam (*suplente*)

Secretaría del UNICEF

Sra. C. Bellamy, Director Ejecutivo
Sr. S. Lewis, Director Ejecutivo Adjunto
Sr. D. Alnwick, Asesor Principal, Sección de Nutrición
Sra. L. Bisharat, Director, Oficina de Planificación
Dr. D. Broun, Jefe designado, Sección de Salud
Sr. A. Chowdhury, Secretario, Junta Ejecutiva
Sr. Paul Ignatieff, Director, UNICEF, Ginebra
Sr. S. Jarret, Oficial encargado, Sección de Salud
Dr. M. Sharma, Asesor Principal, Sección de Salud

Secretaría de la OMS

Dr. Hiroshi Nakajima, Director General
Sra. C. L. Abou-Zahr, Oficial técnico, Salud de la Madre y el Recién Nacido/Maternidad sin Riesgo (MSM)
Sr. D. G. Aitken, Subdirector General (ADG)
Sr. J. E. Akre, Oficial técnico, Nutrición (NUT)
Dr. George A. O. Alleyne, Director, Oficina Regional para las Américas (RD/AMRO)
Dr. F. S. Antezana, Subdirector General (ADG)
Dr. M. K. Behbehani, Director, División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD)
Dr. M. A. Belsey, Gestor de Programa, Salud Familiar y Reproductiva (FRH)
Dr. G. Benagiano, Director, Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP)
Dr. D. Benbouzid, Profesional temporero, Nutrición (NUT)

- Sra. N. Biros**, Analista de políticas, Secretaría Ejecutiva del Director General (DGE)
- Dra. D. Blake**, Director, Oficina de VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ASD)
- Dr. A. Borra**, Funcionario médico, Salud de la Madre y del Recién Nacido/Maternidad sin riesgo (MSM)
- Dr. G. A. Clugston**, Director interino, División de Alimentos y Nutrición (FNU)
- Sr. N. E. Collishaw**, Especialista científico, Tabaco o Salud (TOH)
- Dra. M. de Onís**, Especialista científica, Nutrición (NUT)
- Sr. H. Dixon**, Jefe, Análisis y Proyección de la Situación Sanitaria (HSP)
- Sr. S. S. Fluss**, Coordinador de derechos humanos, Política Sanitaria en el Desarrollo (HPD)
- Dr. H. L. Friedman**, Jefe, Salud y Desarrollo de los Adolescentes (ADH)
- Dra. C. M. García Moreno**, Jefe, Salud de la Mujer (WHD)
- Dr. Hussein A. Gezairy**, Director, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (RD/EMRO)
- Dr. F. L. Gasse**, Funcionario médico, Programa Ampliado de Inmunización (EPI)
- Dr. M. González**, Oficial ejecutivo, Secretaría Ejecutiva del Director General (DGE)
- Dra. A. El-Bindari Hammad**, Administradora ejecutiva de Política Sanitaria en el Desarrollo (HPD)
- Dr. S. T. Han**, Director, Oficina Regional para el Pacífico Occidental (RD/WPRO)
- Dr. H. R. Hapsara**, Director, División de Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias (HST)
- Dr. R. H. Henderson**, Subdirector General (ADG)
- Dr. D. L. Heymann**, Director, División de Vigilancia y Control de las Enfermedades Víricas y Bacterianas Emergentes (EMC)
- Dra. S. Holck**, Director, División de Salud Reproductiva (RHT)
- Dr. Hu Ching-Li**, Subdirector General (ADG)
- Dr. M. Jancloes**, Director, División de Cooperación Intensificada con los Países (ICO)
- Dr. Y. Kawaguchi**, Director, División de Asuntos Interorganismos (INA)
- Dra. I. S. Kickbusch**, Director, División de Fomento de la Salud y de Educación y Comunicación para la Salud (HPR)
- Dr. A. V. Kondrachine**, Jefe, Lucha contra el Paludismo (MAL)
- Dra. A. Koné-Diabi**, Subdirector General (ADG)
- Dr. J. W. Lee**, Director, Programa Mundial de Vacunas e Inmunización (GPV)
- Dra. S. Lyagoubi-Ouahchi**, Subdirector General Interino (A/ADG)
- Dra. Maaza Bekele**, División de Asuntos Interorganismos (INA) - Secretaría, JCHP
- Dr. M. H. Mathey-Boo**, Jefe, Movilización de Recursos Interorganismos (IRM), Oficina Regional para Africa
- Sra. J. Matsumoto**, Oficial de Relaciones Exteriores, Dirección de Asuntos Interorganismos (INA)
- Dr. B. Melgaard**, Jefe, Programa Ampliado de Inmunización (EPI)
- Dr. N. P. Napalkov**, Subdirector General (ADG)
- Dr. P. Nordet**, Funcionario médico, Enfermedades Cardiovasculares (CVD)
- Dr. D. O'Byrne**, Jefe, Educación Sanitaria y Fomento de la Salud (HEP)
- Dr. A. L. Piel**, Director, Gabinete del Director General (CDG)
- Dr. Uton Muchtar Rafei**, Director, Oficina Regional para Asia Sudoriental (RD/SEARO)
- Dr. E. M. Samba**, Director, Oficina Regional para Africa (RD/AFRO)
- Dr. A. R. Seim**, Funcionario médico, Erradicación de la Dracunculosis (DRA)
- Sr. M. A. Subramanian**, Gestor de Proyecto, Oficina del Informe sobre la Salud en el Mundo (WHR)
- Dr. E. Tarimo**, Director, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (SHS)
- Dr. B.-I. Thylefors**, Director, Programa para la Prevención de la Ceguera y la Sordera (PBD)
- Dr. J. L. Tulloch**, Director, División de Salud y Desarrollo del Niño (CHD)
- Dra. T. Türmen**, Director Ejecutivo, Salud Familiar y Reproductiva (EXD/FRH)
- Dr. D. B. Warner**, Jefe, Higiene del Medio Rural (REH) - En representación del Dr. W. Kreisel, Director Ejecutivo (EXD)
- Dr. G. Watters**, Ingeniero sanitario, Higiene del Medio Rural (REH)
- Dr. D. Yach**, Equipo Coordinador de la Acción Normativa (PAC)

OBSERVADORES

Dra. E. Ollila, Asesora del Dr. K. Leppo

Sra. A. Kazhingu, Secretaria segunda (Asuntos políticos), Misión Permanente de la República de Zambia ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra.
