NACIONES
UNIDAS

E

Consejo Económico y Social

Distr.
GENERAL

E/ICEF/1998/15
9 de julio de 1998
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA
Junta Ejecutiva
Segundo período ordinario de sesiones de 1998
8 a 11 de septiembre de 1998
Tema 11 del programa provisional*

ADOPCIÓN DE MEDIDAS

COMITÉ DE COORDINACIÓN OMS/UNICEF/FNUAP EN MATERIA DE SALUD

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

Ginebra, 3 y 4 de julio de 1998

Resumen

El presente documento contiene el informe de la primera reunión del Comité de Coordinación OMS/UNICEF/FNUAP en Materia de Salud, celebrada en la sede de la OMS, en Ginebra, los días 3 y 4 de julio de 1998. En el informe también figura el mandato del Comité.

* E/ICEF/1998/12.

98-20134/1 (S)

98-20134 D

Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud
Primera reunión
Ginebra, 3-4 de julio de 1998

CCH(98)/Report

4 de julio de 1998

INFORME DEL COMITÉ COORDINADOR OMS/UNICEF/FNUAP SOBRE SALUD (CCS)

Sede de la OMS, Ginebra
3-4 de julio de 1998

ÍNDICE

Página

I. APERTURA DE LA REUNIÓN (punto 1 del orden del día)

II. EXAMEN DEL MANDATO DEL COMITÉ COORDINADOR OMS/UNICEF/FNUAP SOBRE SALUD (punto 2 del orden del día)

III. EXAMEN DE RESOLUCIONES DE LA OMS, DECISIONES DEL UNICEF Y DECISIONES DEL PNUD/FNUAP (punto 3 del orden del día)

IV. MATERNIDAD SIN RIESGO (punto 4 del orden del día)

V. VITAMINA A (punto 5 del orden del día)

VI. SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE (punto 6 del orden del día)

VII. OTROS ASUNTOS (punto 8 del orden del día)

VIII. CLAUSURA DE LA REUNIÓN (punto 9 del orden del día)

ANEXO 1. Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud Mandato

ANEXO 2. Lista de participantes

I. APERTURA DE LA REUNIÓN (punto 1 del orden del día)

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

2. El Sr. de Silva, Consejo Ejecutivo de la OMS, fue elegido Presidente por unanimidad. El Dr. Fikri, miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS, la Dra. Pulido de Briceño, miembro de la Junta Ejecutiva del UNICEF, y el Dr. Papineau Salm, miembro de la Junta Ejecutiva del FNUAP, fueron elegidos Relatores.

3. El Comité Coordinador OMS/UNICEP/FNUAP sobre Salud (CCS) adoptó el orden del día.

4. El Dr. Nakajima, Director General de la OMS, dio la bienvenida a todos los participantes en la Primera Reunión del Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud (CCS), recientemente establecido para mejorar los lazos de colaboración y la acción coordinada entre las tres organizaciones y promover el uso eficiente de los recursos por éstas. El Comité tendría la posibilidad de aprovechar los logros del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria y su gran experiencia, adquirida a lo largo de casi 50 años. Deseó al nuevo órgano coordinador todo el éxito posible en el cumplimiento de sus obligaciones: conseguir el mayor compromiso político y apoyo público posible a la salud de las mujeres y los niños y aprovechar al máximo los recursos humanos y financieros que se pusieran a su alcance.

5. Durante la reunión, el CCS examinaría tres importantes cuestiones en materia de salud pública relativas a su mandato: maternidad sin riesgo, carencia de vitamina A y salud de los adolescentes.

6. Habían transcurrido diez años desde el lanzamiento de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo. La difícil empresa de reducir la mortalidad materna había recibido un amplio reconocimiento y las causas del problema se comprendían mucho mejor. Sin embargo, en muchas partes del mundo aún no se habían puesto en práctica los conocimientos adquiridos. La atención materna y perinatal era una esfera en la que la diferencia entre los favorecidos y los menos favorecidos resultaba patente. Era preciso fortalecer los sistemas de salud para incluir un tratamiento de casos apropiado en el nivel local y servicios fiables de envío de casos para las complicaciones obstétricas. Sin duda era indispensable prestar servicios de calidad, pero era igualmente importante incrementar el uso que se hacía de esos servicios. La pobreza, la falta de instrucción y el escaso poder de las mujeres para adoptar decisiones acerca de su propia salud también contribuían a la mortalidad materna. El compromiso político de los países en desarrollo era indispensable para velar por que todas las mujeres pudieran disfrutar de una maternidad sin riesgo.

7. El estado de salud de la persona estaba influido por sus antecedentes en materia de salud y por los de sus padres. La salud de la mujer y su acceso a los servicios de salud reproductiva y de asesoramiento en esa esfera determinaba en gran medida el estado de salud de sus hijos. Una

nutrición apropiada era un factor esencial que determinaba la salud de la madre y del niño. La mayoría de las carencias de micronutrientes podían asociarse a factores económicos y culturales. En particular, la carencia de vitamina A constituía un problema de salud pública en muchos países de bajos ingresos y sus consecuencias sanitarias eran graves no sólo entre los niños en edad preescolar sino también entre las embarazadas. Los datos acerca de la prevalencia de la carencia de vitamina A en mujeres aún eran escasos, pero indicaban que esa carencia era un importante factor en la mortalidad materna y en los problemas del embarazo y la lactancia. Existía una necesidad acuciante de adoptar medidas para velar por que se hicieran progresos en todos los países. Uno de los objetivos de la reunión sería definir las formas en que las tres organizaciones podían combinar sus esfuerzos para conseguir una aplicación más amplia de una estrategia de lucha en varios frentes. Ésta incluiría la administración de suplementos de vitamina A, el enriquecimiento de alimentos y la mejora de la dieta, en particular mediante la promoción de la lactancia natural y el apoyo al consumo y la producción local de alimentos ricos en vitamina A.

8. Evidentemente, la necesidad de velar por una atención, una nutrición y hábitos apropiados no se limitaba a la infancia. Era indispensable prestar la debida atención a los adolescentes y alentar a éstos a adoptar hábitos saludables, con el fin de preparar el camino para una buena salud durante la edad adulta.

9. A pesar de los numerosos progresos realizados, quedaba por delante una ingente tarea. La mejora de la coordinación de recursos y actividades redundaría en beneficio de todos. Sobre la base de ese principio, en primer lugar se había establecido una colaboración entre la OMS y el UNICEF que había resultado sumamente fructífera, gracias en especial a la extraordinaria generosidad del fallecido Jim Grant y su total entrega a la causa de la infancia. No cabía duda de que la colaboración entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP llevaría adelante esa labor con la gran competencia, la renovada energía y el pleno compromiso con los valores humanísticos que caracterizaban la misión de los tres organismos.

10. La Sra. Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, dijo que, cuando los historiadores estudiasen el panorama del desarrollo internacional durante los últimos años del siglo, pondrían de relieve los esfuerzos realizados por aumentar la coordinación en los planos mundial, regional y nacional. Los países en desarrollo estaban exigiendo una mejor coordinación de las actividades internacionales y, en el nivel de los países, muchos gobiernos estaban afirmando con mayor energía su derecho a ser los coordinadores. La democratización, unida a la creciente escasez de recursos para el desarrollo, hacía que el despilfarro que entrañaba la duplicación total o parcial de esfuerzos resultase cada vez menos aceptable; además, la revolución de las comunicaciones y la relativa facilidad de los viajes internacionales habían hecho que las deficiencias de la coordinación internacional resultasen más patentes que en ninguna otra época.

11. La mejora de la coordinación en la labor de desarrollo internacional dentro del sistema de las Naciones Unidas era un elemento central de la reforma de las Naciones Unidas. Muchos de los asistentes conocían el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), que se estaba aplicando con carácter experimental en 18 países. En la esfera de la salud, los criterios por sectores y los programas de inversión sectorial estaban recibiendo una buena acogida

en los países en desarrollo y contaban con el apoyo de gobiernos donantes clave. Las tres organizaciones tenían que decidir la mejor forma de adaptar sus planteamientos en relación con el desarrollo a esos criterios ambiciosos y amplios.

12. El Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, uno de los primeros mecanismos de coordinación de alto nivel en establecerse dentro del sistema de las Naciones Unidas, había desempeñado un papel fundamental en el establecimiento de políticas y marcos comunes para el apoyo y la ejecución de programas y había servido como centro de coordinación en la revisión de políticas clave e indicadores de los progresos realizados, además de formular recomendaciones sobre las formas en que podría acelerarse el avance.

13. Después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el FNUAP no podía por menos que sumarse a la OMS y el UNICEF en el Comité Coordinador sobre Salud. También era oportuno que el orden del día incorporase tres cuestiones con gran pertinencia para las tres organizaciones: maternidad sin riesgo, salud de los adolescentes y vitamina A (que parecía tan importante para la salud reproductiva de las mujeres como para la supervivencia de los niños). Esas tres cuestiones no sólo eran fundamentales para apoyar los compromisos contraídos, como los formulados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, sino que también ocuparían un lugar central en la difícil tarea que quedaba por delante.

14. Además de esas tres cuestiones, cada una de lass organizaciones debía examinar de nuevo su apoyo a otras esferas prioritarias. La lucha contra el paludismo y contra el tabaco necesitarían el pleno apoyo de los tres organismos para tener éxito. También había una necesidad inmediata de revisar y reforzar el apoyo a los países que combatían la pandemia de SIDA, que estaba devastando la salud de mujeres y niños y minando la capacidad del sistema de salud en formas nunca vistas.

15. En sus esfuerzos por reforzar la coordinación de la labor de los tres organismos en materia de salud, el Comité habría de recurrir también a otros mecanismos: el UNDAF, los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas establecidos en el nivel de los países y el ONUSIDA. Era necesario aprovechar los mecanismos de coordinación entre organismos que habían dado buenos frutos y hacer uso de la experiencia de los que no habían tenido tanta fortuna.

16. Debían evitarse los mecanismos de coordinación que coartasen la iniciativa y la innovación e impusieran excesivos trámites de revisión y aprobación. La coordinación era más fácil cuando las organizaciones tenían objetivos y metas comunes y compartían información sin trabas. Aunque ciertamente era indispensable llegar a un consenso en el plano mundial, la verdadera prueba de la eficacia de los mecanismos de coordinación era lo que sucedía en el nivel de los países, particularmente la forma en que se atendían y protegían los derechos de los niños, las familias y las comunidades especialmente desfavorecidas. Era de esperar que la reunión permitiese comprender claramente la forma en que las deliberaciones del CCS se traducirían en mejoras aceleradas en la salud de los niños y las mujeres.

17. La Dra. Sadik, Directora Ejecutiva del FNUAP, dijo que era un honor y un privilegio hablar ante la primera reunión del Comité Coordinador OMS/UNICEP/FNUAP, ocasión histórica que todos habían aguardado durante mucho tiempo. Unos tres años atrás, la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP había examinado por primera vez la posibilidad de incorporarse al Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, predecesor del CCS. En marzo de 1996, la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP había reafirmado la necesidad de una colaboración estrecha y pedido al FNUAP que estudiase las posibles formas de fortalecer aún más la coordinación a fin de elaborar políticas y programas de salud mejor coordinados, incluida la salud reproductiva, en el contexto de las actividades complementarias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. De hecho, el informe de la reunión especial del Comité Mixto de mayo de 1996 había convencido a la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP de que la forma más eficaz de fortalecer la coordinación entre organismos sería que la Junta Ejecutiva pasase a ser miembro del Comité. Ese informe recogía deliberaciones fructíferas y útiles en relación con cuestiones como la mortalidad materna y la salud de los adolescentes, incluida la reproductiva, cuestiones prioritarias para el FNUAP y en las que esta organización era un agente clave.

18. Para el FNUAP, la labor del Comité encerraba grandes promesas. Contribuiría a orientar con mayor precisión la coordinación entre los tres organismos para conseguir las metas sanitarias y otras metas sociales conexas. Ciertamente, las tres organizaciones habían trabajado juntas de modo armonioso, especialmente en la preparación del programa de servicios sociales. El programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo había situado la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud, reconociendo con ello que era un componente indispensable de cualquier conjunto mínimo de servicios sanitarios. Así pues, era importante que los tres organismos velasen por que sus actividades contribuyeran al desarrollo del sistema de salud de cada país.

19. A corto plazo, era de esperar que el Comité pudiese facilitar el acuerdo entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP sobre criterios comunes, una definición más clara de sus funciones y responsabilidades respectivas, un mejor intercambio de métodos, datos y conocimientos, y una colaboración más armoniosa en el nivel de los países en la aplicación de los diversos objetivos.

20. No había objetivo más noble ni más urgente que el de salvar las vidas de mujeres, hombres y niños o mejorar la calidad de su vida facilitándoles el acceso a la atención sanitaria, incluida la reproductiva. El Comité tenía en su mano introducir mejoras en ese aspecto, especialmente ayudando a los países en desarrollo a aumentar su propia capacidad para prestar atención sanitaria básica. También podía ayudar a mejorar la eficiencia y la eficacia en el uso de los limitados recursos de los programas, aprovechando al máximo las ventajas comparativas de las amplias estructuras sobre el terreno con que contaban el UNICEF y el FNUAP y la experiencia técnica de la OMS en la planificación, la prestación y la vigilancia de servicios sanitarios de calidad.

21. La oradora se felicitaba de antemano de colaborar con el Comité y prometió a éste la cooperación y el apoyo plenos del FNUAP. Esta organización aguardaba con impaciencia el inicio de lo que cabía esperar fuera una participación larga y fructífera en los esfuerzos comunes de los tres órganos ejecutivos a fin de fortalecer la coordinación entre organismos en la vital esfera de la

salud.

II. EXAMEN DEL MANDATO DEL COMITÉ COORDINADOR OMS/UNICEF/FNUAP SOBRE SALUD (punto 2 del orden del día)

22. El documento objeto de debate[1] daba cuenta de los casi 50 años de colaboración entre la OMS y el UNICEF en el marco del Comité Mixto de Política Sanitaria, así como de la ampliación de éste para incluir al FNUAP. En él se perfilaban las medidas adoptadas para determinar el mandato del Comité y se incluía el texto aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 100ª sesión (resolución EB100.R2), así como las recomendaciones de las Juntas Ejecutivas del UNICEF y el PNUD/FNUAP (decisiones 1997/27 y 97/28, respectivamente).

23. Con el acuerdo del Comité, se distribuyó un proyecto de texto en el que figuraba el texto aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS (resolución EB100.R2), con las enmiendas propuestas por la Junta Ejecutiva del UNICEF. El CCS hizo suyo este texto consolidado que sería presentado como la recomendación del Comité sobre su Mandato a las tres Juntas Ejecutivas (véase el anexo 1).

24. La creciente participación del Banco Mundial en el sector sanitario y los criterios por sectores, y la necesidad de coordinación en cuestiones de política, técnicas y de programas también fueron objeto de debate.

25. El Comité recomendó, que en el nivel de secretarías, debía haber una estrecha cooperación con el Banco Mundial sobre las cuestiones pertinentes en la esfera de competencia del Comité para facilitar una mayor coordinación de las operaciones en el nivel de los países. La participación oficiosa del Banco Mundial en el Comité en temas particulares del programa sería bien acogida.

III. EXAMEN DE RESOLUCIONES DE LA OMS, DECISIONES DEL UNICEF Y DECISIONES DEL PNUD/FNUAP (punto 3 del orden del día)

26. El documento sometido a debate[2] presentaba las resoluciones y decisiones pertinentes para mejorar la situación sanitaria de mujeres y niños, adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997 y mayo de 1998 y por el Consejo Ejecutivo de la OMS en mayo de 1997 y enero de 1998, así como las decisiones de la Junta Ejecutiva del UNICEF correspondientes a 1997. Al ser la primera vez que la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP estaba representada en el Comité Coordinador, sucesor del Comité Mixto de Política Sanitaria, el documento también presentaba las decisiones pertinentes adoptadas por la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP en 1995, 1996 y 1997.

---

[1] Documento CCH (98)/2.

[2] Documento CCH (98)/3 Rev.1.

Resoluciones de la OMS

50ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 1997

WHA 50.19 Prevención de la violencia
WHA 50.29 Eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública
WHA 50.34 Prevención y control del paludismo
WHA 50.35 Erradicación de la dracunculosis
WHA 50.36 Tripanosomiasis africana

27. Las resoluciones anteriores habían sido señaladas a la atención de la 31ª reunión del Comité Mixto de Política Sanitaria, celebrada los días 19 y 20 de mayo de 1997, por lo que no se examinaron de nuevo.

WHA 50.12 Establecimiento del Instituto Internacional de Vacunas

28. Se destacó la importancia de la resolución para las tres organizaciones.

WHA 50.21 Día Mundial de la Tuberculosis

29. Se tomó nota de la resolución.

Consejo Ejecutivo, 100ª sesión, mayo de 1997

EB100.R1 Desarrollo de sistemas de salud para el futuro

30. Se tomó nota de la colaboración entre el UNICEF y la OMS en el desarrollo de sistemas de salud. Se señaló que, aunque el mandato del FNUAP se centraba principalmente en la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, el FNUAP ya había participado en la contribución a los sistemas de salud en los países, puesto que los servicios de salud reproductiva formaban parte de los servicios básicos. Ciertamente, las tres organizaciones debían colaborar en la elaboración de estrategias y criterios comunes para mejorar los sistemas de salud en el nivel de los países.

31. Se sugirió que las tres organizaciones colaborasen en el nivel de los países en los siguientes aspectos:

inventario de recursos e infraestructura de salud;

desarrollo de recursos humanos mediante la capacitación y la mejora de conocimientos para las estructuras de atención primaria de salud;

elaboración de descripciones de puesto;

establecimiento de una estructura para garantizar la supervisión del personal;

restablecimiento del papel de los servicios hospitalarios en el marco de la atención primaria de salud;

sistemas comunes de logística;

elaboración de estadísticas sanitarias comunes para los programas de vigilancia.

32. Aunque el informe sobre el plan de trabajo de dos años respaldado por el Comité Mixto de Política Sanitaria en 1997 se referiría a la colaboración entre la OMS y el UNICEF, se acordó que el FNUAP se incluiría en todas las actividades que se emprendieran en este sector.

EB100.R2 Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud

Consejo Ejecutivo, 101ª sesión, enero de 1998

Decisión EB101(11) Informe del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria

51ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 1998

WHA 51.8 Acción concertada de salud pública en relación con las minas antipersonal

33. Se tomó nota de las resoluciones y decisiones anteriores.

WHA 51.11 Eliminación mundial del tracoma causante de ceguera

34. En relación con la resolución anterior en particular, se señaló que la eliminación del tracoma causante de ceguera quedaba fuera del mandato del FNUAP. En general, el FNUAP solo participaría en las esferas que guardasen relación con su labor.

WHA 51.12 Promoción de la salud
WHA 51.13 Tuberculosis
WHA 51.14 Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas
WHA 51.15 Eliminación de la lepra como problema de salud pública
WHA 51.17 Enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos

35. Se tomó nota de las resoluciones anteriores.

WHA 51.18 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles

36. Se destacó la importancia de la resolución.

WHA 51.22 **Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales: salud de los niños y los adolescentes**
WHA 51.24 **Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo**
WHA 51.28 **Asuntos ambientales: estrategia de saneamiento para comunidades de alto riesgo**

37. Se tomó nota de las resoluciones anteriores.

Decisiones de la Junta Ejecutiva del UNICEF

Decisión 1997/17 **Informe sobre la reunión del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria**

38. Se tomó nota de la decisión.

Decisión 1997/19 **Realización de los derechos del niño a la supervivencia, la protección y el desarrollo en África**
Decisión 1997/20 **Actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia**

39. Se hizo hincapié en la difícil situación de los niños huérfanos. En África, a causa del VIH/SIDA y los conflictos armados, los huérfanos eran tan numerosos que sus familias extensas no bastaban para atenderlos. Se habían fijado prioridades para acelerar las actividades de los programas.

Decisión 1997/27 **Proyecto de mandato del Comité de Coordinación de la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en materia de Salud**

40. La decisión anterior había sido examinada en relación con el punto 2 del orden del día.

Decisiones de la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP

Decisión 95/15 **Prioridades del programa y dirección futura del Fondo de Población de las Naciones Unidas a la luz de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**

41. Se destacó la importancia de la decisión.

Decisión 95/36 **FNUAP: Programa Mundial de Anticonceptivos**
Decisión 93/3 **Programa Mundial de Anticonceptivos**

42. Se tomó nota de las decisiones anteriores.

Decisión 96/15 **Asignación de recursos a los programas del FNUAP en los países**

43. Se destacó la importancia de la decisión.

Decisión 96/17 **Coordinación entre organismos en materia de política y programación sanitaria**
Decisión 96/38 **Coordinación en materia de política y programación sanitaria**
Decisión 97/1 **Comité Coordinador UNICEF/OMS/FNUAP sobre Salud**
Decisión 97/7 **Revisión del Reglamento Financiero del FNUAP**
Decisión 97/28 **Funcionamiento del Comité Coordinador sobre Salud**

44. Se tomó nota de las decisiones anteriores.

IV MATERNIDAD SIN RIESGO (punto 4 del orden del día)

45. En el documento objeto de examen[3] se analizaban los progresos realizados en la reducción de la mortalidad materna desde mediados del decenio, la situación actual, los problemas pendientes y la experiencia adquirida. Se sugirieron varias medidas clave para acelerar el avance. Durante el examen del documento que tenía el Comité ante sí, se señaló que el informe se basaba en la labor previa preparada para el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria y que en gran medida reflejaba las medidas apoyadas por el UNICEF y la OMS. Se señaló a la atención del Comité que también había habido una amplia participación del FNUAP en los aspectos de la maternidad sin riesgo reflejados en el párrafo 16 del documento y se acordó que el informe debía reflejar esto con más detalle agregando información sobre la participación del FNUAP.

46. En la presentación del documento se señaló que, en la reunión que se había celebrado recientemente en Colombo para examinar la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo después de diez años, se había consolidado aún más el consenso internacional acerca de las prioridades para acelerar el progreso y se resumían esas prioridades. También se señaló que la OMS, el FNUAP, y el UNICEF, junto con el Banco Mundial, habían colaborado en la elaboración de una declaración conjunta sobre la reducción de la mortalidad materna que se esperaba ultimar en las siguientes semanas. En esa declaración se exponía en detalle el consenso entre organismos acerca del problema de la mortalidad materna, sus causas y las prioridades para mejorar la situación.

47. El CCS solicitó que se hiciera más hincapié en la mejora de la mortalidad sin riesgo en el contexto del ciclo vital, comenzando con la mejora de la salud y la nutrición de la joven y la adolescente. También era preciso prestar más atención al efecto de la mutilación genital femenina, la violencia contra las niñas y las mujeres, los abortos practicados en condiciones no higiénicas y los reducidos niveles de instrucción, factores que contribuían a la mortalidad y la morbilidad maternas.

---

[3] Documento CCH (98/4).

48. El CCS reconoció el fracaso del criterio anterior, consistente en reconocer a las mujeres muy expuestas a la mortalidad materna y centrar particularmente las actividades en ellas, habida cuenta de que las complicaciones mortales del parto también podían presentarse en mujeres poco expuestas. Era necesario, no obstante, seguir reconociendo que aún había factores de riesgo claros que había que atender, como en el embarazo en la adolescencia y el escaso espaciamiento entre embarazos. Se señaló que no sólo las mujeres de las zonas rurales estaban muy expuestas a la mortalidad materna; en muchas zonas también estaban en peligro las mujeres de las zonas urbanas .

49. Era necesario velar por que las propias mujeres, así como sus comunidades, participasen plenamente en el diseño de planes en favor de una maternidad sin riesgo. También era necesario conseguir un equilibrio apropiado de criterios entre la prestación de atención obstétrica esencial, la movilización de comunidades y las medidas preventivas. Se acogió favorablemente la atención que se prestaba en el documento a la necesidad de fortalecer los hospitales de distrito. Además, era preciso velar por que las actividades en esta esfera incluyesen medidas para educar y apoyar a las niñas y a las mujeres de modo que fueran capaces de evitar los embarazos en condiciones de riesgo o no deseados y los abortos practicados en condiciones peligrosas.

50. Después de las deliberaciones, el Comité acordó que debían adoptarse las siguientes medidas clave para hacer que la maternidad fuese más segura:

a) Mejorar la situación de las niñas y las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital, entre otras cosas mejorando la nutrición y la salud de las jóvenes y las adolescentes, impidiendo la mutilación genital femenina y la violencia contra las niñas y las mujeres, mejorando la condición jurídica y social de la mujer y fortaleciendo la educación de las niñas.

b) Reforzar los servicios relacionados con el embarazo en todos los niveles del sistema de salud de distrito y mejorar el acceso a la atención esencial para las complicaciones obstétricas, incluidos los casos de urgencia, en los centros de salud y hospitales. Ello supondría mejorar las capacidades en el nivel de los centros de salud y reinstituir un servicio de envío de casos a los hospitales de distrito. Será indispensable apoyar la plena participación de hombres y mujeres en la comunidad en la planificación, ejecución y vigilancia de las medidas.

c) Reforzar el acceso a la información y los servicios sobre planificación familiar voluntaria, a fin de permitir que las mujeres queden embarazadas si lo desean y cuando lo deseen.

d) Fortalecer el funcionamiento del sistema de envío de casos vinculando a grupos de mujeres, comunidades, centros de salud y hospitales de primer nivel de envío de casos.

e) Mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, inclusive la competencia técnica de los proveedores, el suministro de medicamentos y equipo y la comunicación entre los proveedores y los clientes. Fortalecer la capacitación de parteras profesionales y aumentar la dotación de éstas en las zonas insuficientemente atendidas.

f) Orientar las actividades de información, educación y comunicación no sólo a las mujeres sino también a los hombres, las familias y otros miembros de la comunidad cuyas actitudes y acciones pueden influir en la salud de las mujeres. Aumentar la concienciación de la comunidad respecto de los peligros del embarazo y el parto mediante la movilización social en favor de la planificación del embarazo y de un parto sin riesgos y organizar medios de transporte para las mujeres que sufren complicaciones durante el parto.

g) Dar a los adolescentes (particularmente las muchachas) la información, los conocimientos, el apoyo de otros adolescentes y de la familia y el acceso a los servicios de salud que necesitan.

h) Puesto que la malnutrición, incluida la anemia, influye negativamente en la salud y la nutrición de las madres, así como en el peso del recién nacido, prestar más atención a la mejora de la nutrición de la niñas y las mujeres.

i) Las complicaciones del aborto practicado en condiciones no higiénicas figuran entre las principales causas de mortalidad materna en muchos países. Sea cual sea la legislación, existen formas de hacer frente a este problema; es preciso prestar apoyo a los países a este respecto.

j) Seguir elaborando y ensayando métodos innovadores, tanto cuantitativos como cualitativos, para la medición de la mortalidad materna y para la vigilancia y la evaluación.

k) Intensificar los esfuerzos por vincular la prevención del VIH/SIDA y su transmisión de la madre al hijo a otras actividades relacionadas con la maternidad sin riesgo.

l) Adoptar un criterio coherente y a largo plazo para hacer que la maternidad sea más segura, en el que se combinen y equilibren todas las medidas anteriormente expuestas en el nivel de los países.

51. El CCS apoyó la colaboración entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP en materia de maternidad sin riesgo, incluidos los siguientes aspectos:

la armonización de políticas en el proyecto de declaración conjunta que se está preparando, así como la colaboración sostenida sobre directrices, instrumentos y otro material producido de modo conjunto o independiente por las organizaciones respectivas;

la intensificación y ampliación de la promoción mundial de la maternidad sin riesgo en el contexto de la salud reproductiva;

52. El CCS pidió además que se promoviera la colaboración intensificada entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP en materia de maternidad sin riesgo por conducto de sus órganos ejecutivos respectivos, prestando particular atención a lo siguiente:

la armonización de la aplicación en los países, en el marco de planes de acción o prioridades nacionales y de distrito, dentro y fuera del sector de la salud, por conducto de, por ejemplo, los

grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre la salud;

el fortalecimiento de la colaboración en el nivel regional por conducto de las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF y los equipos de apoyo del FNUAP en los países;

la mayor atención a la supervivencia de la madre y del recién nacido en los procesos de reforma de los sectores sanitarios, inclusive los planes de inversión en el sector y los criterios aplicados en todo el sector, velando por que los programas de maternidad sin riesgo reciban un nivel mínimo de inversión en esos aspectos, en un contexto de salud reproductiva;

el fortalecimiento de la colaboración con otros asociados en esta esfera, en particular el Banco Mundial.

53. El CCS sugirió que las tres secretarías trabajasen conjutamente para elaborar una estrategia de reducción de la mortalidad materna y del recién nacido, con plazos y metas, en el contexto de la salud reproductiva.

V. VITAMINA A (punto 5 del orden del día)

54. En el documento sometido a debate[4] se examinaban las estrategias encaminadas a eliminar la carencia de vitamina A como problema de salud pública, se indicaban las intervenciones más eficaces y se proponían objetivos y medidas clave.

55. En la presentación del documento se señaló que la carencia de vitamina A afectaba principalmente a los niños en edad preescolar y a las mujeres. Además de provocar lesiones oftálmicas, era uno de los factores que más influían en la supervivencia del niño y la maternidad sin riesgo. De los 118 países en los que carencia de vitamina A constituía un problema de salud pública, un número considerable aún no había adoptado ninguna medida de control. Dada la importancia de ese problema de salud pública, era necesario acelerar los progresos en la reducción de la carencia de vitamina A.

56. Se propusieron las siguientes medidas clave:

a) Establecer metas para la ejecución del plan de acción.

b) Hacer de la administración de suplementos de vitamina A el pilar central de la estrategia de lucha contra la carencia de esta vitamina. Debía recurrirse en la mayor medida posible a los programas ya existentes, en particular los de inmunización y salud reproductiva.

c) Estudiar nuevas posibilidades para el enriquecimiento de alimentos con vitamina A,

---

[4]Documento CCH(98)/5.

apoyar la lactancia materna y toda medida que sirva para aumentar el contenido de vitamina A de la dieta, apoyar las investigaciones operacionales, particularmente en temas relacionados con la mujer y la carencia de vitamina A, y abordar la cuestión de los suplementos multivitamínicos y de minerales.

57. Durante sus deliberaciones, el Comité examinó las siguientes cuestiones:

había que adoptar medidas inmediatas, en preparación de las metas propuestas que se estaban fijando;

la insistencia en las nuevas investigaciones debía examinarse en el contexto de los nuevos conocimientos, aunque ciertas cuestiones nuevas, como la avitaminosis A en la mujer o su papel en la transmisión del VIH de la madre al hijo, habían adquirido mayor importancia recientemente y planteado numerosas preguntas a las que había que dar una respuesta científica;

la necesidad de aprovechar todas las oportunidades para vincular la distribución de suplementos de vitamina A a otras actividades ya en marcha; por ejemplo, se estaba estableciendo la colaboración con los programas del PAI para administrar suplementos de vitamina A con los contactos de inmunización;

la importancia de la sostenibilidad;

el papel de la promoción para que los países fueran más conscientes del problema y conocieran las posibilidades de solución existentes.

58. El CCS tomó nota del firme consenso entre las tres organizaciones en cuanto a la estrategia que debía seguirse para acelerar el avance hacia la eliminación de la carencia de vitamina A. El Comité hizo suya la estrategia y formuló las siguientes recomendaciones:

a) En los países donde la carencia de vitamina A es probable, debe prestarse apoyo a los programas de administración de suplementos de vitamina A. También es preciso alentar los programas de fortificación de alimentos y mejora de la dieta.

b) Debe prestarse especial atención a la promoción a fin de movilizar a los gobiernos para que combatan la carencia de vitamina A.

c) Deben proseguir las investigaciones sobre ciertas cuestiones prioritarias.

d) Los suplementos de vitamina A deben considerarse en el contexto más amplio de los suplementos multivitamínicos y de minerales.

e) Debe prestarse más atención a la sostenibilidad de los programas nacionales de lucha contra la carencia de vitamina A.

VI. SALUD Y DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES (punto 6 del orden del día)

59. En el documento objeto de debate[5] se daba un repaso a la historia de la colaboración entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP en la esfera de la salud y el desarrollo del adolescente, en particular la labor del Grupo de Estudio MixtoOMS/FNUAP/UNICEF sobre programación en materia de salud de los adolescentes.

60. El CCS convino en que la salud de los adolescentes era una esfera de interés crítico para las tres organizaciones y apoyó las recomendaciones del Grupo de Estudio Mixto OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación en materia de salud de los adolescentes.

61. En las deliberaciones se señaló que los adolescentes no eran el problema; el problema era que no se estaban atendiendo sus derechos.

62. El CCS consideró que las tres organizaciones habían de elaborar y aplicar estrategias para un diálogo eficaz con los adolescentes y la participación de éstos en todas las fases de la programación (análisis, evaluación y acción), reconociendo que eran un recurso clave de las sociedades civiles.

63. Se mencionó que muchas cuestiones relativas a la salud de los adolescentes eran delicadas (por ejemplo, la sexualidad, el uso indebido de sustancias y la violencia) y que muchos adultos tenían actitudes ambivalentes hacia esas cuestiones.

64. El CCS reconoció que la promoción pública aún era necesaria para disipar mitos, malas interpretaciones y conceptos erróneos acerca de la salud y el desarrollo de los adolescentes.

65. Habida cuenta de la gama de antecedentes y diversidad de problemas a que se enfrentaban los adolescentes, era indispensable adoptar un planteamiento multisectorial (salud, educación, medios de comunicación, etc.). Así pues, era indispensable contar con la participación de múltiples organismos y era necesario reforzar o poner en marcha mecanismos eficaces, tanto organizados como informales, para la coordinación en el nivel de los países. Sería importante reforzar la actual colaboración entre la OMS, el UNICEF y el FNUAP en los niveles mundial, regional y nacional de acuerdo con sus mandatos y sus ventajas estratégicas, e incluir la colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas que tuvieran un interés en la salud y el desarrollo de los adolescentes, como el UNDCP, la UNESCO, el ACNUR y la OIT.

66. Los adolescentes no eran un grupo homogéneo. Mientras que todos los adolescentes eran vulnerables, algunos lo eran particularmente además de encontrarse en una situación desfavorecida (por ejemplo, los que abandonaban los estudios, los que no vivían en casa, los que utilizaban drogas ilícitas y alcohol, los adolescentes que nunca habían asistido a la escuela, los adolescentes explotados, etc.). Muchos adolescentes no estaban preparados para aprovechar las

---

[5]Documento CCH(98)/6.

oportunidades que tenían a su alrededor y muchos más ni siquiera tenían acceso a esas oportunidades.

67. El CCS convino en que todos los adolescentes necesitaban información, conocimientos, acceso a servicios de calidad, un entorno seguro y oportunidades de participación, pero era necesario analizar y evaluar la situación para reconocer a los más desfavorecidos, que a menudo necesitarían estrategias específicas para proteger su derecho a la salud y el desarrollo.

68. Habida cuenta de la necesidad de trabajar juntos en ciertos problemas de salud a lo largo del ciclo vital, se debía estudiar la manera de conceder una mayor prioridad a la salud y el desarrollo de los adolescentes en la reforma del sector sanitario en los países, incluidos los planes de inversión sectorial. Se señaló la necesidad de apoyar servicios de calidad que respondieran a una gama de problemas de salud (por ejemplo, salud sexual y reproductiva, tuberculosis, nutrición) y para dar atención particular a los adolescentes en los programas nacionales, como los relativos a maternidad sin riesgo, el VIH/SIDA y el tabaco.

69. Se destacó que los padres y otros adultos que prestan atención y apoyo eran indispensables para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Con arreglo a la definición de la Convención sobre los Derechos del Niño, los adolescentes eran "niños" y seguían dependiendo de los adultos para ejercer su derecho a la salud y el desarrollo. Así pues, era necesario elaborar programas para apoyar a los padres y mejorar sus aptitudes para la crianza de los hijos, así como sensibilizar a los adultos de la comunidad para que respondan a las necesidades de los adolescentes en materia de salud y desarrollo.

70. Puesto que se había reconocido que la adolescencia era un periodo clave en el ciclo vital, se necesitaba un esfuerzo concertado para acelerar los programas nacionales de salud y desarrollo del adolescente. En el nivel regional, era necesario aunar y coordinar mejor los recursos técnicos.

71. El CCS reconoció que, si bien era necesario hacer hincapié en la prevención, ello no siempre era posible. Cuando la prevención fuera imposible, era importante estudiar la posibilidad de reducir los efectos negativos, separar comportamientos de alto riesgo y retrasar la adquisición de hábitos de alto riesgo.

72. El CCS destacó que el desarrollo se encontraba en el centro de la salud de los adolescentes. Los adolescentes debían ser uno de los principales elementos de los programas de desarrollo comunitario y, dentro de los programas destinados a los adolescentes, uno de los elementos más importantes debía ser el desarrollo. Sería importante encontrar el modo en que la salud y el desarrollo de los adolescentes, inclusive la salud sexual y reproductiva, pudieran tanto contribuir a los esfuerzos que se estaban realizando para fortalecer la colaboración dentro de las Naciones Unidas como beneficiarse de ellos, por ejemplo, por conducto de los grupos temáticos y del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF).

VII. OTROS ASUNTOS (punto 8 del orden del día)

Coordinación en el nivel de los países

73. Se destacó la importancia de una coordinación eficaz en el nivel de los países. Esa coordinación era indispensable para garantizar que las medidas recomendadas por el CCS se ejecutaran en la práctica.

74. Se hizo referencia los potenciales y prometedores resultados previstos del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF). Fuera trabajando juntos en las mismas actividades o realizando actividades complementarias, era importante que los esfuerzos de las tres organizaciones se dirigieran hacia los mismos objetivos prioritarios.

Siguiente reunión del CCS

75. Reconociendo la importancia de la aplicación de las recomendaciones del Comité para garantizar que se adoptaran medidas al respecto en los países, el CCS decidió celebrar su siguiente reunión en la segunda mitad de 1999. Ello permitiría asimismo tener en cuenta los resultados obtenidos a los cinco años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5).

76. En cuanto al orden del día para esa reunión, se destacó que debía de dejarse suficiente tiempo para debatir de modo fructífero cada uno de los puntos. También se señaló que quizá hiciese falta menos tiempo para examinar algunos puntos en comparación con otros.

77. Se sugirieron los siguientes temas para su posible inclusión en el orden del día de la siguiente reunión:

desarrollo de sistemas de salud;

aplicación de las recomendaciones del CCS en el nivel de los países;

seguimiento de la CIPD+5

coordinación de estrategias;

embarazo y VIH/SIDA;

indicadores;

maternidad sin riesgo (seguimiento);

vitamina A y micronutrientes (seguimiento);

paludismo.

78. El CCS acordó que el orden del día sería preparado por las tres secretarías en una reunión entre secretarías.

VIII. CLAUSURA DE LA REUNIÓN (punto 9 del orden del día)

79. El Sr. de Silva, Presidente del CCS y miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS, dió las gracias a los participantes por sus valiosas opiniones e ideas, que esperaba ya hubieran sido puestas en práctica para cuando se reuniese el Comité la siguiente vez. El excelente ambiente de trabajo y las cordiales relaciones entre las tres organizaciones auguraban un buen futuro para la salud en el siglo XXI.

80. La Sra. Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF, hizo suyas esas observaciones y manifestó su aprecio a los miembros de los tres órganos ejecutivos y al personal de las tres organizaciones, por sus aportaciones a la definición de las medidas que había que adoptar.

81. La Dra. Sadik, Directora Ejecutiva del FNUAP, expresó la determinación del FNUAP a aplicar las recomendaciones de la reunión y rindió homenaje al Presidente por su atención y su buena labor. Dio las gracias también a los miembros de los órganos ejecutivos de las tres organizaciones y al personal de éstas por su participación activa.

82. El Dr. Antezana, Subdirector General de la OMS, en nombre del Director General de la OMS, expresó su agradecimiento al Presidente, a los miembros de los tres órganos ejecutivos y a los Directores Ejecutivos del UNICEF y el FNUAP. Estaba seguro de que la motivación y el compromiso expresados en la primera reunión del Comité llevarían a mejoras tangibles en el sector de salud.

ANEXO 1

COMITÉ COORDINADOR OMS/UNICEF/FNUAP SOBRE SALUD[6]
MANDATO

1. El Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud (CCS) se reunirá cada dos años, o en reunión extraordinaria si fuera necesario, normalmente en Ginebra. El Comité estará presidido por rotación por un miembro del órgano ejecutivo de cada una de las organizaciones; la OMS, en su calidad de organismo coordinador en asuntos de sanidad internacional, presidirá la primera reunión.

2. La función del CCS consistirá en:

- facilitar la coordinación de las políticas y los programas de los tres organismos en materia de salud;

- examinar las necesidades generales de coordinación estratégica, operacional y técnica en materia de salud de la madre, del niño, del adolescente y de la mujer, concentrándose principalmente en las consecuencias de las enfermedades y la salud según las estadísticas de mortalidad y morbilidad de la OMS, así como de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual; velar por un intercambio regular de información en esas esferas y formular recomendaciones a los respectivos órganos ejecutivos para que las correspondientes secretarías adopten las medidas complementarias apropiadas, teniendo debidamente en cuenta los mandatos respectivos de los organismos interesados;

- promover, en la aplicación de las estrategias y actividades, la coherencia de las tres organizaciones entre sí y con otros asociados para beneficio máximo de los Estados Miembros, especialmente a nivel de país en el marco del sistema de Coordinadores Residentes y, en ese contexto, velar por que estos últimos estén orientados por el marco normativo general del desarrollo sanitario, definido por la Asamblea Mundial de la Salud;

- recibir y examinar los informes sobre los progresos realizados e informes de evaluación presentados por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Director Ejecutivo del UNICEF o el Director Ejecutivo del FNUAP sobre las actividades relacionadas con la salud de los niños, los jóvenes y las mujeres, concentrándose principalmente en las consecuencias de las enfermedades y la salud según las estadísticas de mortalidad y morbilidad de la OMS, inclusive la salud reproductiva, y examinar toda

---

[6]Texto recomendado por el CCH en su primera reunión, que ha de ser presentado a los órganos ejecutivos de las tres organizaciones. Se basa en el texto aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS (resolución EB100.R2) el 16 de mayo de 1994, junto con las enmiendas propuestas por la Junta Ejecutiva del UNICEF en septiembre de 1997 (decisión 1997/27).

reorientación estratégica que pudiera ser necesaria para alcanzar los objetivos acordados, teniendo debidamente en cuenta los mandatos respectivos de los organismos interesados;

- considerar los asuntos de interés común para la OMS, el UNICEF y el FNUAP que los órganos ejecutivos o las secretarías de las respectivas organizaciones pudieran remitir al Comité;

- informar a los órganos ejecutivos de la OMS, del UNICEF y del FNUAP sobre lo antedicho.

3. El Comité Coordinador OMS/UNICEF/FNUAP sobre Salud estará integrado por 16 miembros de los órganos ejecutivos de las tres organizaciones, miembros que habrán sido elegidos por sus respectivos órganos ejecutivos a razón de uno por cada región de la organización correspondiente.

4. La OMS desempeñará las funciones de Secretaría del Comité y, en consulta con el UNICEF y con el FNUAP, convocará conjuntamente reuniones entre secretarías para preparar el orden del día y los documentos de trabajo para las reuniones del Comité.

5. En años alternos podrán convocarse ulteriores reuniones entre secretarías, según proceda, con otras organizaciones activas en el sector sanitario, a fin de velar por un enfoque coordinado a nivel de país.

* * * * *

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

Miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS

Dr. R. Daniel
Secretario de Salud
Ministerio de Salud
Rarotonga
Islas Cook
(Suplente del Dr. J. Williams)

Dr. P. Dossou-Togbe
Director Adjunto del Gabinete
Ministerio de Salud, Protección Social y Condición de la Mujer
Cotonou
Benin

Dr. M. Fikri **(Relator)**
Subsecretario Adjunto
Asuntos de Medicina Preventiva
Ministerio de Salud
P. O. Box 848
Abu Dhabi
Emiratos Árabes Unidos

Profesor J. Leowski
Director, Escuela de Salud Pública y Medicina Social
Centro Médico de Enseñanza Universitaria
Varsovia, Polonia

Dr. A. Meloni
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima, Perú

Sr. N. S. de Silva **(Presidente)**
Ministro de Salud y Medicina Indígena
Suwasiripaya
385, Baddegama Wimalawansa Mawatha
Colombo 10
Sri Lanka

Miembros de la Junta Ejecutiva del UNICEF

Dr. Patrick Yowasi Kadama
Médico de Salud Pública
Uganda

Dra. Mercedes Pulido de Briceño **(Relatora)**
Venezuela

Dr. Petr Struk
Director
Departamento de Ciencias Médicas y Educación
Ministerio de Salud
República Checa

Dr. Ali Jaffer Bin Mohammed Suleiman
Director General
Ministerio de Salud
Omán

Miembros de la Junta Ejecutiva del FNUAP

Sr. Sam Aymer
Ministro de Salud y Administración Pública
Antigua y Barbuda

Dr. John Katatu Musyimi Mulwa
Secretario Permanente, Ministerio de Salud
Director de Servicios de Salud
República de Botswana

Dr. Aagje Papineau Salm **(Relator)**
Asesor Principal de Salud y Población
Ministerio de Asuntos Exteriores
Países Bajos

Dr. Suwanna Warakamin
Director, División de Planificación Familiar y Población
Departamento de Salud
Ministerio de Salud Pública
Tailandia

UNICEF

Sra. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva
Sr. David Alnwick, Jefe, Sección de Salud
Dr. Bruce Dick, Asesor Principal sobre Salud de los Jóvenes, Sección de Salud
Sra. Cecilia Lotse, Secretaria de la Junta Ejecutiva

FNUAP

Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva
Sr. S. Bavelaar, Funcionario Principal de Relaciones Exteriores, Oficina de Europa
Dr. N. Dodd, Jefe de la Rama Técnica, División Técnica y de Políticas
Dr. C. Gardiner, Funcionario Técnico Principal, División Técnica y de Políticas
Sr. R. Snyder, Funcionario Principal, Sección de la Junta Ejecutiva, División de Información y Relaciones Exteriores

OMS

Dr. Hiroshi Nakajima, Director General
Sra. C. Abou-Zahr, División de Salud Reproductiva (Apoyo Técnico)(RHT)
Dr. S. Archarya, Asesor Regional, Salud Maternoinfantil, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (MCH/SEARO)
Dr. F. S. Antezana, Subdirector General, Director General Adjunto interino
Dr. B. de Benoist, Programa de Nutrición (NUT)
Dr. J. Clements, Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Sra. B.J. Ferguson, Jefe, Salud y Desarrollo del Adolescente (ADH)
Sra D. Halvorsen, División de Asuntos Interorganismos (INA)
Sr. G. Hartl, Comunicación para la Salud y Relaciones Públicas (HPR/INF)
Dra. S. Holck, Directora, División de Salud Reproductiva (Apoyo Técnico)(RHT)
Sr. J.A. Hueb, División de Apoyo Operacional a la Higiene del Medio, Higiene del Medio Rural (EOS/REH)
Sra. I. Hoskins, Envejecimiento y Salud (AHE)
Dr. Y. Kawaguchi, Director, División de Asuntos Interorganismos (INA)
Dr. V.K. Lepakhin, Subdirector General
Dr. J. Liljestrand, Jefe, Salud de la Madre y del Recién Nacido/Maternidad sin Riesgo (MSM)
Sr. Y. Ling, Programa de Nutrición (NUT)
Dra. S. Lyagoubi-Ouachi, Directora, División de Servicios de Publicación, Traducción y Biblioteca (PLL)
Dr. Maaza Bekele, División de Asuntos Interorganismos (INA)
Dr. D. G. Makuto, Director, División de Análisis, Investigación y Evaluación (ARA)
Dr. A. Moncayo, Jefe, Lucha contra las Tripanosomiasis y las Leishmaniasis (TRY)
Dr. E. Pupulin, Jefe, Rehabilitación, División de Fomento de la Salud y de Educación y Comunicación para la Salud (HPR)

Dr. B.I. Thylefors, Director, Programa para la Prevención de la Ceguera y la Sordera (PBD)
Sr. T. Topping, Asesor Jurídico (LEG)
Dr. T. Türmen, Director Ejecutivo (EXD)
Sr. E. Webster, División de Cooperación Intensificada con los Países y Pueblos más Necesitados (ICO)
Dr. R. Williams, División de Vigilancia y Control de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles (EMC)