

## 162.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

---

Punto 4.4 del orden del día provisional

CE162/14  
22 de mayo del 2018\*  
Original: inglés

### PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE 2018-2030

#### Introducción

1. La *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* (1) fue adoptada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, y refleja el compromiso explícito de la comunidad mundial de promover la salud y el bienestar de cada mujer, niño y adolescente en todo el mundo. La estrategia mundial tiene tres objetivos: *sobrevivir*, poner fin a la mortalidad prevenible; *prosperar*, lograr la salud física y mental y el bienestar, y *transformar*, ampliar los entornos propicios. La difusión y el debate de la estrategia mundial en la Región de las Américas condujeron a la adopción del Compromiso de Santiago con la Acción en una reunión de alto nivel celebrada en Santiago (Chile) en julio del 2017 (2). Este compromiso requiere esfuerzos innovadores y más eficaces para reducir las inequidades en materia de salud y conseguir que cada mujer, cada niño y cada adolescente en América Latina y el Caribe no solo sobreviva sino que además prospere en un entorno transformador en el cual pueda alcanzar su derecho a gozar del grado más alto posible de salud física, mental, sexual y reproductiva y de bienestar; tener oportunidades sociales y económicas; y participar plenamente en la formación de sociedades prósperas y sostenibles. Además en el 2017, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), trabajando en el marco de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (3) y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030 (4), y con miras a lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar para todas las personas de la Región de las Américas, adoptaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) (5).

2. Consciente de que la realización de esta visión y el logro de los objetivos y las metas específicos exige una acción concertada por parte del sector de la salud y de la esfera más amplia de la autoridad pública, la OPS propone un plan de acción integrado

\* Esta versión tiene cambios editoriales menores en los párrafos 3, 11, 36 (d), 40 (c), 43 (a) y (c), y 44 (a) y (b).

---

para la salud de la mujer, el niño y el adolescente para el período 2018-2030.<sup>1</sup> La ejecución de este plan contribuirá a superar los obstáculos y retos comunes que hacen difícil abordar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes de una manera más eficaz e integrada a lo largo de todo el curso de la vida, sin que nadie se quede atrás y cerrando las brechas de la inequidad en materia de salud. Este enfoque integral facilitará la acción multisectorial y apoyará un uso más eficiente de los recursos humanos y financieros, con lo que aumentará aún más el rendimiento ya alto de las inversiones en la salud de las mujeres, los lactantes, los niños y los adolescentes.

3. En el contexto de la estrategia mundial y la ASSA2030, la ejecución eficaz de este plan requerirá una respuesta integral, interprogramática y multisectorial para abordar las causas inmediatas de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad prevenibles en mujeres, niños y adolescentes, así como sus determinantes subyacentes, y promover el desarrollo, la salud y el bienestar positivos. La índole integral del plan de acción es innovadora dado que combina áreas de trabajo que anteriormente se abordaron en cuatro estrategias y planes separados. Este enfoque facilitará la aplicación de una perspectiva que abarque todo el curso de la vida en lo concerniente al fortalecimiento de la salud y del bienestar; a la reducción de las inequidades; al aumento de la esperanza de vida sana para las mujeres, los niños y los adolescentes desde la preconcepción hasta el envejecimiento; y al abordaje de los determinantes comunes de la salud, ofreciendo al mismo tiempo oportunidades óptimas de abordar problemas y desafíos específicos relacionados con la salud de cada grupo.

### **Antecedentes**

4. La justificación central de la formulación de este plan es el hecho de que el progreso en cuanto a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región ha sido desigual. Los avances no han beneficiado a todos de una manera pareja. Persisten diferencias significativas entre los países y dentro de ellos en cuanto al estado de salud de la población, y determinados grupos de la población —como los grupos indígenas, los afrodescendientes, los de menor escolaridad, los pobres y los habitantes de zonas rurales, así como las mujeres, los niños y los adolescentes— padecen sistemáticamente cargas mayores de mortalidad y morbilidad prevenibles (6). Sin embargo, teniendo presentes el considerable avance social y económico en la Región, así como los conocimientos, experiencias y enseñanzas extraídas de la labor realizada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), hay razones para estar seguros de que los logros alcanzados hasta la fecha pueden acelerarse y ampliarse.

5. La elaboración de este plan de acción se ha beneficiado de la orientación en los documentos mundiales y regionales mencionados anteriormente, así como del análisis de las evaluaciones recientes y las enseñanzas extraídas de la ejecución de las siguiente

---

<sup>1</sup> Los Estados Miembros podrían incluir a los jóvenes de 20 a 24 años en los programas e intervenciones, según sea factible y apropiado de acuerdo con la *Estrategia y plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes 2010-2018*, por ejemplo en debates relacionados con la violencia juvenil, ya que los varones de 15 a 24 años son el grupo etario más afectado.

cuatro estrategias y planes de acción regionales: a) *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (2012-2017), aprobado en la resolución CD51.R12 (2011); b) *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (2008-2015), aprobados en la resolución CD48.R4 Rev.1 (2008); c) *Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez* (2012-2017), aprobado en la resolución CSP28.R20 (2012); y d) *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes (7-10)*.

6. En el presente plan se adopta una perspectiva en favor de la equidad y de política pública a fin de abordar adecuadamente los determinantes subyacentes de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes con un enfoque multisectorial. Está en consonancia con y aprovecha los principios del trabajo de la OPS en torno a la equidad en la salud y los determinantes sociales de la salud; la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, aprobada en el 2005 (resolución CD46.R16) (11); el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, aprobado en el 2014 en la resolución CD53.R2 (12), la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada en el 2014 en la resolución CD53.R14 (5), la *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS, aprobada en el 2017 en la resolución CSP29.R3 (13); y la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer* de la OPS, aprobados en el 2015 en la resolución CD54.R12 (14).

## **Análisis de la situación**

### ***Sobrevivir***

7. La tasa de mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe descendió de 22,1 defunciones neonatales por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 9,3 en el 2014, lo que representa una disminución del 57,9%. Entre el 2008 y el 2014 la reducción fue del 13,9%, ya que pasó de 10,8 a 9,3. Las afecciones perinatales y los defectos congénitos son las principales causas de defunción de recién nacidos en la Región de las Américas. Subsisten grandes variaciones de la mortalidad neonatal entre los países y dentro de ellos (15). Con una reducción de 67% en la mortalidad menores de 5 años entre 1990 y el 2015 (de 53,8 a 17,9 por 1.000 nacidos vivos), la Región alcanzó la meta del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Las malformaciones congénitas, la gripe y la neumonía, así como los traumatismos, se encuentran entre las principales causas de muerte de niños de 1 a 4 años de edad. La carga de la diarrea, la neumonía, la desnutrición y las enfermedades prevenibles mediante vacunación disminuyó significativamente entre los años 2000 y 2015 (16). Las disminuciones fueron desiguales entre los países: algunos lograron grandes avances, mientras que en otros el adelanto fue menor.

8. Las tasas de mortalidad en los adolescentes en América Latina y el Caribe permanecieron estacionarias entre el 2008 y el 2015. Los homicidios, el suicidio y los traumatismos causados por el tránsito son las principales causas de defunción, y los

varones resultaron desproporcionadamente más afectados. La anemia ferropénica y las enfermedades de la piel son las principales causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) tanto en los varones como en las mujeres de 10 a 14 años de edad, mientras que en el grupo de 15 a 19 años de edad la violencia interpersonal y los traumatismos causados por el tránsito encabezaron la lista en los varones, y las enfermedades de la piel y los trastornos depresivos fueron las principales causas en las mujeres. La desnutrición y el consumo de alcohol y drogas son los principales factores de riesgo de AVAD perdidos en los adolescentes de 10 a 14 años de edad, y el consumo de alcohol y drogas y los riesgos ocupacionales son los factores de riesgo de AVAD perdidos entre los que tienen de 15 a 19 años de edad (17, 18).

9. La esperanza de vida de las mujeres se ha duplicado desde 1950. Sin embargo, la esperanza de vida sana no ha aumentado al mismo ritmo, y la vida más larga no es necesariamente una vida sana (19). Quedan retos significativos, desde el abordaje de los factores de riesgo y los determinantes de la mortalidad y la morbilidad prevenibles en las mujeres, incluidas la violencia contra ellas y las enfermedades no transmisibles, hasta la promoción de la salud mental y del envejecimiento saludable (20, 21).

10. Solo 23 países notificaron la razón de mortalidad materna en el período 2010-2015, lo que muestra los retos que persisten con respecto al seguimiento de la mortalidad materna y la salud materna. Estos 23 países observaron una reducción del 11% en términos generales, de 63,8 por 100.000 en el 2010 a 56,6 por 100.000 en el 2015 (22). La hipertensión y las hemorragias siguieron siendo las principales causas de muerte materna. Las causas de muerte materna que ocupan el tercer lugar, vinculadas al aborto, mostraron una reducción al pasar de 9% en el 2010 a 7% en el 2015 (22).

11. Según los datos disponibles, la Región tiene una agenda inconclusa en cuanto a la inequidad dentro del objetivo de “Sobrevivir”. Sistemáticamente, las mujeres, los niños y los adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos, junto con los que viven en entornos rurales, los grupos indígenas, los afrodescendientes y los de menor escolaridad registran cargas mayores de enfermedad y mortalidad. En el 2010, por ejemplo, la razón de mortalidad materna en las zonas rurales fue cuatro veces mayor que en las zonas urbanas en los 20 países que notificaron esa información. Sin embargo, para el 2015 dicha proporción había bajado a un poco más de la mitad, indicando progresos en este tipo de inequidad. En el 2015, tres países notificaron razones de mortalidad materna mayores que 125 por 100.000 nacidos vivos en grupos indígenas y afrodescendientes, lo que contrasta marcadamente con las estimaciones para el 2017 de la razón de mortalidad materna de 44,2 para la Región (22, 23).

### ***Prosperar***

12. En los ODS y la estrategia mundial se insta a los interesados directos a ir más allá de la supervivencia y aspirar al grado más alto posible de bienestar a lo largo de todo el curso de la vida. En particular, en la estrategia mundial se proponen las siguientes metas para el objetivo “Prosperar”: poner fin a todas las formas de malnutrición y atender las necesidades nutricionales; garantizar el acceso universal a

los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>2</sup> y al goce de los derechos correspondientes; garantizar un desarrollo adecuado de la totalidad de las niñas y los niños en la primera infancia; reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la contaminación, y lograr la cobertura universal de salud.

13. Según los datos disponibles, los niños y adolescentes de la Región sobrellevan una carga triple de desnutrición, carencias de micronutrientes, y sobrepeso u obesidad. La prevalencia de retraso del crecimiento disminuyó de 18,4% en el 2000 a 11,3% en el 2015; las variaciones entre los países son grandes ya que dicha prevalencia oscila entre 1,8% y 48%. En el 2015, la prevalencia regional estimada de la emaciación fue de 1,3% y la de emaciación grave de 0,3% (16). La prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños está aumentando: se calcula que 7% de los menores de 5 años y 15% de los niños en edad escolar tienen obesidad o sobrepeso. En 19 países de los que se dispone de datos sobre el período 2009-2016, la proporción de estudiantes de 13 a 15 años de edad con sobrepeso oscilaba entre 15,9% en Guyana y 47,1% en Bahamas (17).

14. Entre el 2010 y el 2016, la prevalencia del uso de anticonceptivos en las mujeres en edad fecunda (de 15 a 49 años) permaneció estacionaria en torno a 68%, y la Región mantuvo una cobertura alta de asistencia capacitada durante el período prenatal y el parto. América Latina y el Caribe registró una reducción moderada de la tasa de fecundidad en las adolescentes, que pasó de 70,4 por 1.000 niñas de 15 a 19 años de edad en el período 2005-2010 a 66,5 en el período 2010-2015, pero esta sigue siendo a nivel mundial la región con la segunda tasa más alta de fecundidad en las adolescentes y con la disminución más baja de esta tasa (17). Las mujeres indígenas, residentes en áreas rurales y de menor escolaridad y las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos tienen hasta cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas en comparación con sus contrapartes no indígenas, urbanas, con mayor escolaridad y pertenecientes a los quintiles con mayores índices de riqueza. América Latina y el Caribe es también la única región del mundo con una tendencia ascendente en los embarazos de las menores de 15 años de edad. Además, las adolescentes siguen enfrentándose con importantes obstáculos legales, societales, de políticas y relacionados con los sistemas de salud que les niegan el acceso a servicios y productos básicos de salud sexual y reproductiva confidenciales y de buena calidad.

15. Los gobiernos de la Región están reconociendo cada vez más los beneficios económicos, éticos y sociales de invertir en la niñez. Ya se observa un cambio del énfasis en la prevención de la enfermedad y la muerte en los niños hacia una perspectiva de desarrollo humano. Diecinueve países ya cuentan con políticas o estrategias que abordan el desarrollo del niño en la primera infancia. De hecho, la Región ha tenido varias experiencias positivas a este respecto, como el programa “Chile crece contigo”, la estrategia “De cero a siempre” en Colombia, la estrategia de desarrollo del niño en la primera infancia en Jamaica y el programa “Educa a tu hijo” en Cuba (16). Sin

---

<sup>2</sup> En ningún caso el aborto se debería promover como un método de planificación familiar. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [1994]. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf).

embargo, este impulso debe hacerse extensivo a todos los países y a los subgrupos más necesitados. El sector de la salud aún está procurando definir su función en el contexto del desarrollo del niño en la primera infancia. Los niños y los adolescentes de 5 a 14 años han estado históricamente subatendidos en los programas de salud infantil y adolescente (16, 17). Si bien este período de la vida bien puede conllevar el riesgo más bajo de mortalidad y morbilidad, desde una perspectiva del curso de la vida no deja de ser importante para cimentar una salud positiva continua.

16. Más allá de un enfoque que se concentra en la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo de los adolescentes, el enfoque de salud positiva en los adolescentes propone cultivar herramientas que afirmen el desarrollo como la conectividad; la resiliencia; las competencias sociales, emocionales y cognitivas; la autodeterminación; la espiritualidad; la confianza en la propia capacidad; una identidad positiva, y la fe en el futuro. La Región invirtió considerablemente en enfoques de salud positiva de los adolescentes mediante programas como “Familias fuertes: amor y límites”, “Aventuras inesperadas” y “Escuelas de fútbol: jugados por la salud”. Al menos 13 países iniciaron programas de este tipo en el último decenio, aunque en la mayoría de los casos la ejecución ha seguido siendo limitada (17). La escuela también sigue siendo una plataforma subutilizada para alcanzar a los niños y adolescentes con información sobre la salud y programas y servicios de salud.

17. La salud de la mujer a menudo está confinada a la salud reproductiva que, si bien es fundamental, no es suficiente para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres a lo largo de todo el curso de la vida. Además de intervenciones en la niñez y durante la adolescencia, la promoción de la salud de la mujer requiere un enfoque coherente que aborde la interacción entre los determinantes biológicos y sociales de su salud, incluida la función de la desigualdad por razón de género en su exposición y vulnerabilidad cada vez mayores al riesgo y su acceso limitado a la atención de salud y a la información sobre la salud (21). Las mujeres representan una proporción cada vez más grande de las personas mayores y se ven cada vez más afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles, incluidos diversos tipos de cáncer asociados con el envejecimiento. Por consiguiente, los países necesitan invertir en estrategias para abordar estas enfermedades y fomentar hábitos saludables a edades más tempranas. El presente plan de acción contribuirá a que se dé una mejor respuesta a las necesidades de salud de las mujeres a lo largo de todo el curso de la vida.

18. Ciertos grupos de mujeres, niños y adolescentes siguen estando estructuralmente subatendidos o siguen siendo invisibles en los programas, estrategias y planes de salud. Entre ellos figuran las personas con discapacidad; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (LGBT); los migrantes; los grupos indígenas y afrodescendientes; y las personas privadas de la libertad. Se necesitan esfuerzos encaminados a visibilizar a estos grupos, comprender sus necesidades específicas de salud y de bienestar, y aplicar estrategias que respondan a esas necesidades.

### *Transformar*

19. Los marcadores propuestos por la estrategia mundial para el objetivo “Transformar” son: erradicar la pobreza extrema; garantizar que todos completen la educación primaria y secundaria; eliminar las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas; lograr el acceso universal y equitativo al agua potable segura y asequible y a servicios de saneamiento e higiene; y fomentar la investigación científica, el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y la innovación.

20. El trabajo sobre los determinantes sociales de la salud ha dejado claro que las condiciones en las cuales las mujeres, los niños y los adolescentes nacen, crecen, viven, juegan y trabajan tienen repercusiones muy importantes en su salud. La igualdad de género y la educación son factores predictivos de bienestar y salud en diferentes etapas de la vida. En el caso de las mujeres, los niveles más altos de escolaridad se han asociado con niveles más bajos de pobreza y mejor estado de salud de sus descendientes. En concreto, una educación más allá del nivel primario se ha señalado como un determinante fundamental de la salud a lo largo de toda la vida, incluida una mortalidad masculina más baja por traumatismos, una menor fecundidad femenina, una mejor salud en la edad adulta y una mayor supervivencia de los futuros hijos (17). Por el contrario, los países de la Región ubicados en el quintil más bajo de años medios de escolaridad tienen tasas de homicidio y de homicidio adolescente significativamente mayores que los que se ubican en todos los demás quintiles combinados (17). En América Latina y el Caribe, las tasas de alfabetización y de matrícula en la educación primaria son altas, calculadas en >95%. Sin embargo, en países de América Latina y el Caribe la matrícula en la educación secundaria es significativamente menor, y oscila entre 50% y 80% (17). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), después de un período de 12 años (2002-2014) de disminución de la pobreza y la pobreza extrema, en el 2015-2016 se registró en América Latina y el Caribe un aumento del número de personas que viven en la pobreza y la pobreza extrema, y los grupos más afectados son las mujeres, los niños y los adolescentes (24).

21. Muchas formas de violencia afectan desproporcionadamente a las mujeres de toda edad, por ejemplo, la violencia de pareja; la violencia sexual; el matrimonio infantil, precoz y forzado; la trata de personas; el femicidio, y el acoso sexual en escuelas y lugares de trabajo. La violencia de pareja es la forma más común de violencia que sufren las mujeres. La OMS estima que 30% de las mujeres en la Región de las Américas han experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja, mientras que un 11% de ellas han experimentado violencia sexual a manos de alguien que no era su pareja. Se estima que 58% de los niños de América Latina y el Caribe, o sea 99 millones, experimentan maltrato físico, sexual o emocional (20, 25). La *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer* (14) tiene por objeto llamar la atención y catalizar la acción en torno a la cuestión de la violencia contra la mujer, y brinda orientación para que los sistemas de salud aborden la violencia perpetrada contra las mujeres adolescentes y adultas. La violencia juvenil y la autoagresión afectan desproporcionadamente a los hombres jóvenes. En el período 2008-2014, nueve de cada diez defunciones por

homicidio y dos de cada tres defunciones por suicidio en el grupo de 10 a 19 años de edad en la región se registraron en hombres (17).

### **Obstáculos y retos comunes en el marco de un nuevo paradigma**

22. El aumento continuo de la esperanza de vida y la necesidad de superar la supervivencia como objetivo final de salud han hecho necesario redefinir y ampliar las metas de salud referentes a las mujeres, los niños y los adolescentes. Para alcanzar los objetivos de este plan de acción, los esfuerzos deben ir más allá de la prevención de enfermedades y garantizar el máximo desarrollo de las capacidades y el acceso a oportunidades para cimentar la salud y el bienestar a lo largo del tiempo y en las sucesivas generaciones. En el marco de este nuevo paradigma, los siguientes obstáculos y retos comunes que afectan la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes de la Región son decisivos.

- a) **Falta de acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad y continuos.** Los datos indican que la ineficiencia de los sistemas de salud y la falta de equidad han sido en gran parte responsables del lento progreso alcanzado por algunos países en el cumplimiento de los ODM (6). La perspectiva del curso de la vida promueve un enfoque de los servicios de salud que difiere de la manera tradicional de prestar esos servicios. El modelo de causalidad en el curso de la vida requiere que los sistemas de salud vayan más allá de las estructuras que funcionan en base a programas verticales y responden a demandas episódicas de atención, y se conviertan en cambio en sistemas proactivos que contribuyan a fortalecer continuamente la salud y el bienestar a lo largo de la vida, interrumpiendo así la transmisión intergeneracional e intrageneracional de la mala salud.
- b) **Actuación sistemática limitada de prevención y promoción de la salud en las familias, escuelas y comunidades.** La importancia y la función de estos entornos difieren a lo largo de la vida, pero siguen siendo siempre pertinentes. Las intervenciones de salud dirigidas a familias, escuelas y comunidades han tenido un alcance limitado y no han logrado llegar a los más necesitados. Los datos indican que el trabajo con las personas, las familias y las comunidades es fundamental para asegurar la continuidad recomendada de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio (26). Las madres, los padres y otros cuidadores o guardianes (tanto hombres como mujeres) son sumamente importantes para la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes, mientras que la escuela, los pares y las redes sociales van cobrando una importancia cada vez mayor durante la niñez y la adolescencia hasta llegar a la edad adulta.
- c) **Falta de un compromiso sistemático y constante de las mujeres, los niños y los adolescentes con la propia salud.** Según se señala en la estrategia mundial, las mujeres, los niños y los adolescentes son los agentes más poderosos para mejorar su propia salud y forjar sociedades prósperas y sostenibles. Sin embargo, la acción inclusiva de la comunidad no sale de la nada, sino que se la debe promover sistemáticamente y facilitar mediante políticas favorables,



financiación y mecanismos institucionalizados a fin de conseguir el empoderamiento y la participación de los interesados directos, a la vez que se tiene cuidado de no reproducir ni perpetuar la distribución desigual por razones de género de las responsabilidades de promoción y atención de la salud.

- d) **Falta de información estratégica para hacer el seguimiento de la situación y las inequidades en materia de salud y para orientar la elaboración de enfoques transformadores de las intervenciones de salud.** La escasez de datos sobre la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad limita las posibilidades de comprender la supervivencia y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en general y de sus subgrupos en particular. Donde están disponibles, los conjuntos de datos a menudo se limitan a promedios nacionales no desglosados por causa, edad, raza o etnicidad y lugar de residencia y, por lo tanto, ocultan las inequidades existentes en las subpoblaciones. Además, los enfoques de la salud basados en el curso de la vida requieren diferentes tipos de datos, incluidos datos longitudinales sobre las exposiciones y la evolución de la trayectoria de salud de las personas y los grupos, datos estos que se vinculan con otros conjuntos de datos fuera del sector de la salud. La disponibilidad limitada de este tipo de datos hace difícil evaluar y seguir de cerca la evolución del estado de salud desde la perspectiva del curso de la vida. Por último, los indicadores de salud tienden a medir la mortalidad y la morbilidad, mientras que la medición de la salud positiva sigue siendo limitada.
- e) **Falta de un enfoque multisectorial para abordar los determinantes de la salud.** Muchos factores que influyen en la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes provienen de fuera del sector de la salud. Como resultado, los principales puntos de acceso para abordar las inequidades en materia de salud también están fuera del sector de la salud. Además, los factores que agravan las inequidades y las vulnerabilidades suelen ser complejos y multidimensionales, por lo que se requiere la participación de diversos sectores en distintos niveles para abordar las inequidades y los determinantes sociales de la salud. La acción multisectorial puede tener lugar en diversos niveles, por ejemplo: *a) cooperación:* interacción entre sectores para hacer converger las acciones de cada sector a fin de lograr mayor eficiencia hacia una meta común; *b) coordinación:* sinergias entre sectores y aplicación conjunta de elementos de políticas y programas, con o sin fuentes de financiamiento compartidas; *c) integración:* definición conjunta de políticas y programas, y colaboración en cuanto a los recursos, las responsabilidades y las acciones. Una acción multisectorial eficaz y sostenida depende del liderazgo político, de la voluntad de los actores clave en los sectores pertinentes y de la presencia de un marco normativo favorable. El sector de la salud puede desempeñar un papel importante movilizándolo la acción multisectorial en favor de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes al transmitir información sobre su situación, riesgos y determinantes de salud; determinando las áreas prioritarias para la acción intersectorial; y respaldando mecanismos de cooperación, coordinación e integración multisectoriales. Según el contexto del país, los enfoques multisectoriales serán más eficaces si se incluye a una amplia variedad

de interesados directos, entre ellos diversos sectores y niveles de gobierno, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, organizaciones comunitarias, el sector privado y las personas que se espera beneficiar.

- f) **Falta de una perspectiva y enfoque del curso de la vida.** El enfoque del curso de la vida permite detectar oportunamente períodos decisivos y sensibles y respalda la construcción de la salud en las etapas específicas que están atravesando en su vida, a la vez que contribuye a mejorar sus trayectorias de salud con el transcurso del tiempo. Este enfoque ofrece una mejor apreciación de la dimensión intergeneracional de la salud como recurso que se transfiere de una generación a la siguiente. El enfoque también favorece una apreciación cada vez mayor de la salud y del bienestar como medios para lograr un desarrollo sostenible con mayor equidad, a la vez que se considera la salud como un recurso esencial para generar capacidades intrínsecas y reservas funcionales en las personas a lo largo de la vida. Como tal, la perspectiva del curso de la vida considera la salud y el desarrollo como un proceso continuo que abarca toda la vida; esto requiere una visión amplia y prospectiva de la salud pública que aumentará la capacidad de satisfacer las necesidades reales de salud y desarrollo, y las prioridades de la población en cada etapa de la vida y con el transcurso del tiempo.

### **Propuesta**

23. La *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, (2016-2030)*, la *ASSA2030* y la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* constituyen el marco de este plan de acción. La meta general del plan es proteger los logros obtenidos hasta el presente y cerrar las brechas restantes para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, los niños y adolescentes de la Región de las Américas.

24. Los siguientes valores y principios, que se describen en mayor detalle en el anexo A, guían el presente plan de acción:

- a) equidad en la salud
- b) participación de las comunidades y los adolescentes
- c) acción multisectorial basada en la evidencia
- d) derechos humanos e igualdad de género
- e) enfoque del curso de la vida
- f) innovación e integración
- g) rendición de cuentas

## Líneas estratégicas de acción

25. El presente plan de acción se basa en cuatro líneas estratégicas de acción que son complementarias y se refuerzan mutuamente. Puesto que los países han tenido un grado de progreso distinto en cuanto a los objetivos de sobrevivir, prosperar y transformar, y que cada uno de ellos necesitará establecer un plan de acción apropiado para su contexto y prioridades nacionales, las líneas estratégicas de acción aquí propuestas tienen como único objeto servir de orientación para las medidas nacionales y subnacionales.

- a) Consolidar un entorno normativo transformador para reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños y los adolescentes.
- b) Promover la equidad en materia de salud y bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo de todo el curso de la vida.
- c) Ampliar con equidad el acceso y la cobertura de las mujeres, los niños y los adolescentes prestándoles servicios de salud amplios, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades.
- d) Mejorar la disponibilidad y la calidad de la información estratégica sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

26. La ejecución eficaz del presente plan de acción requerirá de la acción multisectorial estratégica y sostenida. En el contexto de este plan, las sinergias y la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de manera conjunta de las acciones con otros sectores, incluidos los de educación, protección social y justicia, las ONG y la sociedad civil, son fundamentales para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, y para reducir las inequidades en materia de salud. Una ejecución coherente e integrada de las líneas de acción propuestas, según corresponda al contexto y las prioridades nacionales, contribuirá al logro de las metas de impacto que se indican a continuación.<sup>3</sup>

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018 <sup>4</sup>	Meta 2026 <sup>5</sup>	Meta 2030
1. Reducción de la razón de mortalidad materna	Razón regional de mortalidad materna	44,2 (2017)	35,1	< 30 por 100.000 nacidos vivos <sup>6</sup>

<sup>3</sup> Las metas de impacto se armonizarán con las metas de la ASSA2030 y con el nuevo Plan Estratégico de la OPS.

<sup>4</sup> Cuando se termine la evaluación de las estadísticas vitales en la Región, de conformidad con el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022*, es posible que se realice algún ajuste de las líneas de base.

<sup>5</sup> Las metas para el 2026 estarán en consonancia con las metas del nuevo Plan Estratégico de la OPS.

<sup>6</sup> Meta de la ASSA2030.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018 <sup>4</sup>	Meta 2026 <sup>5</sup>	Meta 2030	
	Número de países y territorios con una razón de mortalidad materna < 30 por 100.000 <sup>7</sup> nacidos vivos en todos los grupos poblacionales (desglosados por edad, lugar de residencia, raza o etnicidad y causa)	5	10	15	
2. Reducción de la tasa de mortalidad neonatal	Tasa regional de mortalidad neonatal	8,0 (2016)	7,5	7 por 1.000 nacidos vivos	
	Número de países y territorios con una tasa de mortalidad neonatal < 9 por 1.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales <sup>8</sup> (desglosados por edad, lugar de residencia y raza o etnicidad, según corresponda en cada país)	6	13	18	
	Tasa regional de mortalidad en menores de 5 años	15,9 (2016)	15,2	< 14 por 1.000 nacidos vivos <sup>9</sup>	
3. Reducción de la tasa de mortalidad en menores de 5 años	Número de países y territorios con una tasa de mortalidad en menores de 5 años < 16 por 1.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales (desglosados por edad, lugar de residencia y raza o etnicidad, según corresponda en cada país)	6	13	18	
4. Reducción de la tasa de mortalidad debida a homicidios en varones de 10 a 24 años	Tasa regional de homicidio en varones de 15 a 24 años	15-19 años	Por decidirse	Por decidirse	Reducida en un tercio <sup>10</sup>
		20-24 años	Por decidirse	Por decidirse	Reducida en un tercio <sup>11</sup>
	Número de países y territorios que han reducido en un tercio la	0	5	10	

<sup>7</sup> Meta de la ASSA2030.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Meta de los ODS.

<sup>11</sup> Ibid.

Objetivo	Indicador		Línea de base 2018 <sup>4</sup>	Meta 2026 <sup>5</sup>	Meta 2030
	tasa de homicidio en varones de 10 a 24 años en todos los grupos poblacionales (desglosados por lugar de residencia y raza o etnicidad)				
5. Reducción de la tasa de mortalidad por suicidio en varones y mujeres de 10 a 19 años	Tasa regional de suicidio en varones y mujeres de 10 a 19 años	Varones de 10 a 19 años	5,6 por 100.000 (2014)	Reducida en una sexta parte	Reducida en un tercio
		Mujeres de 10 a 19 años	2,7 por 100.000 (2014)	Reducida en una sexta parte	Reducida en un tercio
	Número de países y territorios que han reducido en un tercio la tasa de suicidio en varones y mujeres de 10 a 19 años en todos los grupos poblacionales (desglosados por lugar de residencia y raza o etnicidad)		0	5	10
6. Reducción de la tasa de fecundidad específica de las niñas de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad	a) Tasa de fecundidad regional de las niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe	10-14 años	No disponible <sup>12</sup>	Reducción de 5%	Reducción de 10%
		15-19 años	66,5 (2010-2015) <sup>13</sup>	Reducción de 5%	Reducción de 10%
	b) Número de países y territorios que han medido la tasa de fecundidad específica de las niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, por lugar de residencia, raza o etnicidad y nivel de escolaridad		0	5	10
	c) Número de países y territorios que han reducido en 10% la tasa de fertilidad en las niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en los grupos de menor desempeño		0	3	8

<sup>12</sup> Datos no disponibles actualmente, pero el embarazo de niñas de 10 a 14 años se ha incluido como meta de los ODS, lo que llevará a redoblar los esfuerzos por generar esos datos.

<sup>13</sup> Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World fertility patterns 2015. Se puede encontrar en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018 <sup>4</sup>	Meta 2026 <sup>5</sup>	Meta 2030
7. Aumento de la esperanza de vida sana (EVS) de las mujeres de la Región de las Américas	Esperanza de vida sana (EVS) de las mujeres de la Región de las Américas	69,2 años (2018) <sup>14</sup>	Por decidirse	Al menos un año más

***Línea estratégica de acción 1: Consolidar un entorno normativo transformador para reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños y los adolescentes***

27. Las inequidades en materia de salud se generan o perpetúan en diferentes niveles, incluido el normativo. Para abordar eficaz y sistemáticamente las inequidades de salud que afectan a las mujeres, los niños y los adolescentes es sumamente importante comprender cómo se desarrollan esas inequidades dentro y fuera del sector de la salud, y cómo se puede fomentar una cultura de salud equitativa. Se necesita una evaluación del impacto que las políticas, las estrategias y los planes actuales tienen sobre la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes, así como una revisión de dichas políticas, estrategias y planes para generar el entorno normativo transformador necesario a fin de garantizar que ninguna mujer, ningún niño o niña y ningún joven se queden atrás.

28. Los esfuerzos en el marco de esta línea de acción incluirán apoyo para efectuar el análisis de las políticas de salud y la transformación de estas políticas a fin de reducir las desigualdades evitables que afectan a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. El trabajo que está realizando la OPS sobre la salud en todas las políticas será un elemento importante de las actividades en el marco de esta línea de acción, complementadas con actividades encaminadas a las políticas y cuestiones específicas en torno a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
1.1 Fortalecer la capacidad de los países para aplicar políticas que midan, monitoreen y sistemáticamente	1.1.1 Número de países y territorios que han implementado políticas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud de las	10	20	30	40

<sup>14</sup> Estimación de la OPS basada en datos de 37 países y territorios.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
analicen y transformen las desigualdades de salud que afectan a las mujeres, los niños y los adolescentes	mujeres, los niños y los adolescentes				
	<b>1.1.2</b> Número de países y territorios que han establecido metas de reducción de las inequidades de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes a nivel nacional (o a nivel subnacional si el país está descentralizado)	Por decidirse	15	30	40
<b>1.2</b> Aumentar la participación de los interesados directos pertinentes, incluidos los adolescentes, la sociedad civil y las comunidades, en los procesos de formulación y aplicación de políticas dirigidas a lograr la equidad en materia de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes	<b>1.2.1</b> Número de países y territorios con mecanismos específicos mediante los cuales las mujeres y los adolescentes pueden participar en la formulación, aplicación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas	12	20	30	40

29. La participación estructural y genuina de las mujeres, los adolescentes y las comunidades es fundamental para obtener mejores resultados. Por consiguiente, será esencial que se cuente con políticas, mecanismos y oportunidades para empoderar a esos interesados directos y hacerlos participar en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de actividades encaminadas a mejorar su salud. La rendición de cuentas es asimismo esencial para acelerar los progresos, puesto que permite el seguimiento de los recursos y los resultados, a la vez que suministra información sobre lo que es eficaz, lo que necesita mejoras y lo que requiere mayor atención. Se recurrirá a una rendición de cuentas inclusiva y transparente como herramienta para hacer participar a todos los interesados directos en el ciclo de aprendizaje y mejoramiento continuos, contribuyendo así a acelerar los progresos.

30. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
- a) Promover y respaldar la aplicación de enfoques innovadores, como la herramienta Innov8 (27), para analizar al nivel de las políticas y los programas las inequidades que afectan la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.
  - b) Documentar e intercambiar las buenas prácticas y las enseñanzas extraídas en los países en la promoción de un compromiso y una participación sostenibles de las personas jóvenes, las comunidades y otros sectores en la formulación, aplicación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas.
  - c) Seguir de cerca los progresos realizados y publicar informes regionales periódicos sobre la equidad en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes a nivel regional.
31. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- a) Revisión y reforma de las políticas nacionales y elaboración de hojas de ruta de los países sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, haciendo hincapié en abordar las inequidades en materia de salud que afectan a estos grupos.
  - b) Establecimiento de mecanismos de seguimiento de los resultados y los recursos relacionados con la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, mecanismos en los que debe estar incluida la sociedad civil.
  - c) Implementación del marco de la salud en todas las políticas para orientar la acción multisectorial encaminada a abordar los determinantes de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

***Línea estratégica de acción 2: Promover la equidad en materia de salud y bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo de todo el curso de la vida***

32. El entorno social desempeña un papel importante en la construcción y protección de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes. Los padres, las escuelas y las comunidades, además de desempeñar su función de reducir los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad prevenibles, pueden contribuir significativamente al fomento de la salud positiva mediante intervenciones en favor del desarrollo del niño en la primera infancia centradas en la familia, intervenciones en favor de la salud del niño y del adolescente centradas en la familia y la escuela, y acciones centradas en la comunidad para la prevención de la mortalidad materna y neonatal y la promoción de la salud de las mujeres.

33. Un enfoque del curso de la vida en las intervenciones centradas en las familias, las escuelas, las comunidades y otros entornos sociales implica que dichas intervenciones aborden no solo los problemas de salud comunes y aquellos que son pertinentes en una etapa específica de la vida, sino que también adopten enfoques con



visión de futuro para cimentar la salud en cada etapa de la vida y apoyar la transmisión intergeneracional de la buena salud. Las intervenciones clave deberían coincidir con los momentos decisivos en el desarrollo de la trayectoria de salud a fin de lograr el mayor impacto positivo.

34. Es sumamente importante que las intervenciones se basen en la evidencia y que apunten y empoderen a los grupos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, y que se implementen a la escala necesaria para obtener resultados. Habida cuenta de la carga desproporcionada de mala salud que sobrellevan los grupos indígenas, afrodescendientes y residentes en zonas rurales, dichas intervenciones deben comprender enfoques interculturales o culturalmente sensibles adaptados al contexto y a las necesidades de esos grupos. Además, las estrategias específicas deben estar diseñadas para llegar a los grupos marginados o invisibles, como las mujeres, los niños y los adolescentes migrantes; las personas con discapacidad; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales (LGBT) y las privadas de la libertad. La participación de estos grupos en la elaboración de intervenciones es esencial y contribuirá a adoptar enfoques innovadores y más eficaces.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
2.1 Garantizar la salud mental, física, sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en las familias	2.1.1 Porcentaje de menores de seis meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna <sup>15</sup>	30,5%	50%	60%	70%
	2.1.2 Número de países y territorios que están aplicando programas de crianza de niños y/o adolescentes, con metas específicas para grupos vulnerables	14	20	25	30
2.2 Garantizar la salud mental, física, sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en la comunidad	2.2.1 Porcentaje de menores de 5 años cuyo desarrollo está bien encaminado desde una perspectiva de salud, aprendizaje y bienestar psicosocial <sup>16</sup>	Por decidirse	Por decidirse	Por decidirse	Por decidirse

<sup>15</sup> La OMS y el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna propusieron una meta del 70% para el 2030.

<sup>16</sup> Indicador de los ODS. Se están elaborando una definición y metodología estandarizadas, y se prevé que estén disponibles para el 2019.

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	<b>2.2.2</b> Número de países y territorios con al menos un programa a nivel nacional con metas específicas para la salud y el empoderamiento de las mujeres	Por decidirse	10	20	25
	<b>2.2.3</b> Número de países y territorios con datos recientes (de 5 o menos años de antigüedad) sobre la proporción de mujeres de 15 a 49 años incluidas en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos	3	5	7	10
<b>2.3</b> Mejorar el aprovechamiento de la plataforma escolar para promover la salud mental, física, sexual y reproductiva y el bienestar de los niños y adolescentes	<b>2.3.1</b> Número de países y territorios que aplican un programa nacional integral de salud escolar <sup>17</sup> que llega al menos al 50% de las escuelas públicas	2	10	20	25
<b>2.4</b> Fortalecer la capacidad del sector de la salud para colaborar eficazmente con otros sectores y con la sociedad civil	<b>2.4.1</b> Número de países y territorios con mecanismos específicos mediante los cuales la sociedad civil puede ocuparse de la elaboración, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas de salud dirigidos ya sea a las mujeres, los niños o los adolescentes	Por decidirse	20	30	40

<sup>17</sup> Un programa de salud escolar integral tiene cuatro elementos: 1) políticas de salud escolar equitativas; 2) entornos de aprendizaje saludables y sin riesgos; 3) educación sobre la salud basada en aptitudes, incluida la educación sobre la sexualidad adecuada para la edad; y 4) servicios de salud en la escuela, incluidos los de salud sexual y reproductiva que sean adecuados para la edad, y atención de la salud mental y física.

35. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
- a) Transmitir orientación normativa y fortalecer la formación de capacidad sobre acciones centradas en el curso de la vida en favor de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.
  - b) Apoyar, documentar, evaluar y difundir las enseñanzas extraídas de los países que han adoptado programas y enfoques centrados en el curso de la vida.
  - c) Apoyar a los países para que actualicen sus estrategias y planes de acción nacionales con un enfoque más visionario, multisectorial e innovador utilizando orientación basada en la evidencia, como la guía para la aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (la guía AA-HA!) (28) y el marco para el cuidado cariñoso y sensible (29).
  - d) Proporcionar orientación y capacitación basadas en la evidencia sobre el desarrollo del niño en la primera infancia, y la salud y el desarrollo positivos de los adolescentes.
  - e) Coordinar la elaboración y ejecución de una hoja de ruta regional para el fortalecimiento de los programas y servicios de salud basados en la escuela.
  - f) Proporcionar a los Estados Miembros apoyo técnico para la aplicación eficaz de enfoques e intervenciones multisectoriales innovadores basados en la evidencia en las familias y comunidades a fin de promover la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, por ejemplo “Familias Fuertes”, “Chile Crece Contigo” y otros programas basados en la evidencia como el de la crianza para la salud de por vida.
36. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- a) Análisis y revisión de programas y enfoques nacionales y subnacionales para que se aplique más el enfoque del curso de la vida.
  - b) Implementar, evaluar y documentar intervenciones de promoción y prevención orientadas hacia el curso de la vida, en familias, escuelas y comunidades, en favor de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, a escala, priorizando a grupos en condiciones de vulnerabilidad.
  - c) Establecer mecanismos nacionales y subnacionales con múltiples interesados directos para facilitar la participación de la sociedad civil en la elaboración, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de medidas de salud en favor de las mujeres, los niños y los adolescentes.
  - d) Fortalecer las alianzas con los sectores e interesados directos de la educación, la protección social, la justicia, el género y otros para diseñar y ejecutar acciones conjuntas en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes.

***Línea estratégica de acción 3: Expandir con equidad el acceso y la cobertura de las mujeres, los niños y los adolescentes prestándoles servicios de salud amplios, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades.***

37. En el 2009, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la política regional para establecer redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria a fin de responder a los grandes retos planteados por la fragmentación de los servicios de salud y contribuir a que se presten servicios de salud más accesibles, equitativos y eficaces de mejor calidad técnica. En el 2014, los Estados Miembros adoptaron la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, con las siguientes cuatro líneas de acción: *a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.* Desde entonces, la Región ha trabajado progresivamente en la implementación de esos compromisos.

38. Las actividades propuestas en el marco de esta línea de acción están diseñadas para contribuir a esos esfuerzos, haciendo especial hincapié en las cuatro áreas siguientes:

- a) Completar la labor inconclusa iniciada en el marco de planes de acción anteriores para prevenir la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, así como la mortalidad neonatal, garantizando el acceso universal a un proceso continuo de atención que comience antes de la concepción, continúe durante el embarazo, el parto y el puerperio, y prosiga con la atención al recién nacido, priorizando a los subgrupos que estén en condiciones de vulnerabilidad.
- b) Brindar apoyo a la articulación de la función y la contribución del sector de la salud a la salud positiva y al desarrollo de los niños, los adolescentes y las mujeres, incluido el desarrollo del niño en la primera infancia, la salud y el desarrollo positivos de los adolescentes, y la salud de las mujeres más allá de sus funciones reproductivas.
- c) Brindar apoyo a la articulación y la aplicación de una perspectiva del curso de la vida en los servicios de salud dirigidos a las mujeres, los niños y los adolescentes, pasando de sistemas de salud estructurados para responder a demandas episódicas de atención hacia sistemas proactivos que contribuyan a cimentar continuamente la salud y el bienestar a lo largo del curso de la vida y en todas las generaciones y todos los contextos sociales.
- d) Brindar apoyo al análisis sistemático de los obstáculos que enfrentan algunos grupos específicos de mujeres, niños y adolescentes en condiciones de

vulnerabilidad para tener acceso a los servicios de salud, e idear estrategias encaminadas a abordar esos obstáculos.

39. Esta línea de acción estará en consonancia y se ejecutará en estrecha colaboración con la labor de la OPS en materia de redes integradas de servicios de salud, el acceso universal a la salud y la cobertura de salud, así como de prevención del cáncer.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
3.1. Garantizar el acceso universal de las mujeres, los niños y los adolescentes a los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y a información al respecto	3.1.1 Porcentaje de mujeres en edad fecunda que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos	69% (2017)	75%	80%	90%
	3.1.2 Número de países y territorios que miden el porcentaje de mujeres en edad fecunda que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos, desglosado por edad, raza o etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos	9	12	17	25
	3.1.3 Número de países y territorios que no tienen restricciones legales para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos	24	28	30	35
	3.1.4 a) Número de países y territorios que miden el porcentaje de embarazadas que han recibido atención prenatal en cuatro o más ocasiones	48	48	48	48
	b) Número de países y territorios que miden el porcentaje de embarazadas que han recibido atención prenatal en cuatro o más	0	5	10	15

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	ocasiones, desglosado por edad, raza o etnicidad y lugar de residencia				
	c) Número de países y territorios que miden el porcentaje de embarazadas que han recibido atención prenatal en cuatro o más ocasiones, desglosado por edad, raza o etnicidad y lugar de residencia y logran un aumento de un 20% del porcentaje de mujeres en los grupos de menor desempeño con cuatro o más visitas	0	3	6	10
	<b>3.1.5</b> a) Número de países y territorios que miden el número de partos atendidos en establecimientos de salud, desglosado por la edad, raza o etnicidad y lugar de residencia de la madre	0	3	6	10
	b) Número de países y territorios que miden el número de partos atendidos en establecimientos de salud, desglosado por la edad, raza o etnicidad y lugar de residencia de la madre, y que han registrado un aumento de 20% en los grupos de menor desempeño	0	5	10	15

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	<b>3.1.6</b> Número de países y territorios que han aumentado su índice compuesto de cobertura <sup>18</sup> de la salud maternoinfantil	Por decidirse	Por decidirse	Por decidirse	Por decidirse
	<b>3.1.7</b> Número de países y territorios que han introducido la vacuna contra el VPH en su programa de inmunización	31	35	40	45
<b>3.2</b> Mejorar la calidad de los servicios de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes	<b>3.2.1</b> Número de países y territorios que realizan análisis y auditorías regulares de las defunciones maternas y perinatales	8	15	25	35
	<b>3.2.2</b> Número de países y territorios que aplican normas nacionales de calidad de la atención en los servicios de salud para adolescentes	11	20	30	40
	<b>3.2.3</b> Número de países y territorios con datos nacionales sobre la utilización del sulfato de magnesio en las embarazadas con preeclampsia grave o eclampsia	2	6	10	15
	<b>3.2.4</b> Número de países y territorios con datos nacionales sobre la utilización de fármacos oxicóticos para prevenir la hemorragia posparto	2	6	10	15

<sup>18</sup> El índice de cobertura compuesto (ICC) es un indicador integrado que permite identificar a quién se está dejando atrás. Es un promedio ponderado de la cobertura de las siguientes intervenciones seleccionadas del proceso continuo de la atención de salud maternoinfantil: demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos, al menos cuatro visitas de atención prenatal, partera capacitada, inmunización (DTP3 y sarampión), tratamiento de la diarrea con SRO, búsqueda de atención para los niños con síntomas de neumonía. En la cuenta atrás para el 2030 se está siguiendo este indicador.

40. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
- a) Continuar con la capacitación de instructores de profesionales de la salud sobre el manejo de las complicaciones del embarazo y del parto y sobre el proceso continuo de atención de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil para la prestación de servicios de atención de salud pregestacional, prenatal, del parto y posnatal de alta calidad.
  - b) Apoyar la integración de una perspectiva del curso de la vida en el diseño y la prestación de servicios de salud a mujeres, niños y adolescentes.
  - c) Documentar y transmitir modelos eficaces y mejores prácticas relacionados con enfoques favorables a la equidad, basados en el curso de la vida e innovadores, de los servicios de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes.
  - d) Brinda apoyo al desarrollo y la implementación de servicios de salud receptivos a los adolescentes, lo que incluye elaborar conjuntos integrales de atención, formular normas para los servicios de salud de los adolescentes y establecer mecanismos para la capacitación continua previa al servicio y en el servicio basada en las competencias de los prestadores de servicios.
41. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- a) Desarrollar o fortalecer los sistemas para la referencia y contrarreferencia oportunas en la atención prenatal, del parto y posnatal al implementar la evaluación de las condiciones esenciales para el primer nivel de atención y para los cuidados especializados a fin de determinar el grado de preparación.
  - b) Utilizar los instrumentos de capacitación de la OPS/OMS basados en la evidencia, como la caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional en la Región de las Américas y las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, a fin de mejorar la atención de salud pregestacional, prenatal, del parto y posnatal, incluida la anticoncepción posterior a un evento obstétrico.
  - c) Evaluar regularmente y monitorear continuamente los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de salud de los grupos de mujeres, niños y adolescentes con la carga más alta de mortalidad y morbilidad prevenibles. Utilizar para ello el enfoque Innov8 y otras herramientas de evaluación orientadas hacia la equidad.
  - d) Reorganizar los servicios de salud destinados a las mujeres, los niños y los adolescentes a fin de que incorporen enfoques más proactivos, continuos y basados en el curso de la vida.
  - e) Ampliar el acceso de todas las mujeres y adolescentes a los anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción reversible de acción prolongada, al priorizar los enfoques estratégicos y las recomendaciones generadas en una consulta técnica y recogidas en el documento titulado *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el*



*Caribe (30)*. Los Estados Miembros también podrían considerar la posibilidad de promover los implantes anticonceptivos y los métodos anticonceptivos modernos, como ya lo están haciendo Argentina y Uruguay con resultados significativos en cuanto a la reducción de la tasa de fecundidad de las adolescentes.

- f) Establecer normas para los servicios de salud de los adolescentes y mecanismos de seguimiento continuo de la calidad y la cobertura de servicios de salud integrales para los adolescentes, incluidos servicios e información de salud sexual y reproductiva.

***Línea estratégica de acción 4: Mejorar la disponibilidad y la calidad de la información estratégica sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes***

42. Acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles de mujeres, niños y adolescentes requerirá un mayor conocimiento de las circunstancias de esas muertes y de los grupos más afectados. Para esto es necesario disponer de datos válidos y fiables generados aplicando métodos estandarizados y que se puedan analizar según las dimensiones de la desigualdad, por ejemplo sexo o género, riqueza, escolaridad, lugar de residencia, grupo étnico, orientación sexual y estado migratorio, entre otras. Por lo tanto, un mejor seguimiento de las inequidades de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes requerirá un fortalecimiento continuo de los sistemas de información de salud, análisis sistemáticos y continuos de eventos específicos, como defunciones maternas, defunciones de niños y defunciones de adolescentes debidas a causas externas, así como análisis de los datos utilizando mediciones basadas en la equidad.

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
4.1 Aumentar la disponibilidad de datos sobre la mortalidad prevenible en mujeres, niños y adolescentes	4.1.1 Número de países y territorios que efectúan búsquedas activas de las defunciones maternas para reducir el subregistro y la clasificación errónea de esas defunciones	8	15	20	25
	4.1.2 Número de países y territorios que aumentan la captura, el registro y el análisis de las defunciones en menores de 5 años (desglosadas por edad, sexo y lugar de residencia) y de las causas de muerte	0	15	20	25
	4.1.3 Número de países y territorios que analizan periódicamente la distribución y las	1	10	15	20

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	circunstancias de las principales causas de muerte en adolescentes				
4.2 Generar capacidad para el seguimiento continuo de las inequidades en materia de salud	4.2.1 Número de países y territorios que han establecido mecanismos de seguimiento continuo de las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños y los adolescentes	Por decidirse	15	30	40

43. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
- Transmitir orientación normativa y fortalecer la formación de capacidad sobre el monitoreo de las desigualdades en la salud, con especial hincapié en las mujeres, los niños y los adolescentes.
  - Respaldar la ejecución del *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* a fin de aumentar la disponibilidad de datos sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, desglosados por edad, raza o etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos.
  - Transmitir orientación y fortalecer la formación de capacidad sobre la aplicación de las directrices en materia de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a esa mortalidad, y sobre la aplicación del enfoque de la OMS respecto de los casos de morbilidad materna extremadamente grave (o cuasincidente).
  - Transmitir orientación y respaldar la utilización de metodologías estandarizadas para analizar la mortalidad adolescente debida a causas externas.
44. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- Aplicación de las directrices en materia de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y respuesta a esa mortalidad, y aplicación del enfoque de la OMS sobre los casos de morbilidad materna extremadamente grave, a fin de fortalecer la vigilancia de la mortalidad y la morbilidad neonatal y materna, incluidas auditorías de la mortalidad y seguimiento de los casos de morbilidad materna extremadamente grave.
  - Ejecución del *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022* a fin de aumentar la disponibilidad de datos sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, desglosados por dimensiones de la desigualdad como edad, raza o etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos.

- c) Aplicación de enfoques estandarizados respecto del análisis de las muertes en adolescentes debidas a homicidio, suicidio y colisiones en carreteras.
- d) Elaboración y difusión de perfiles basados en la equidad sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

### **Seguimiento y evaluación**

45. Los logros de este plan de acción se determinarán mediante un conjunto central de indicadores con líneas de base y metas para el 2022, el 2026 y el 2030, último año del plan. Estos indicadores están en consonancia con los ODS, la ASSA2030 y otros compromisos regionales y mundiales de presentación de información. Se elaborará una guía metodológica para explicar cómo se medirá cada indicador. Los datos se recopilarán de fuentes como los sistemas nacionales de información, informes mundiales y regionales, estimaciones mundiales y regionales estandarizadas, y encuestas sobre políticas y programas.

46. Se efectuarán dos exámenes intermedios de este plan de acción, el primero en el 2022 y el segundo en el 2026, a fin de evaluar los progresos realizados hacia las metas y, de ser necesario, incorporar ajustes. Se presentará un informe final a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2031.

### **Repercusiones financieras**

47. El costo total estimado de aplicar la resolución durante su período de vigencia (2018-2030) es de US\$ 208 millones. Se esperan inversiones de los Estados Miembros para la ejecución apropiada e integral de este plan a nivel de país, pero aquí no se presentan estimaciones al respecto.

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

48. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine el *Plan de Acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030*, que haga las recomendaciones pertinentes y considere aprobar la propuesta de resolución que figura en el anexo B.

Anexos

### **Referencias**

1. Todas las mujeres, todos los niños. *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* [Internet]. Nueva York: Todas las mujeres, todos los niños; 2015. [consultado el 10 de junio del 2017]. Disponible en: [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_GSUpdate\\_Full\\_ES\\_2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_ES_2017_web.pdf)

2. Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe. Compromiso a la Acción de Santiago [Internet]. Santiago: Todas las mujeres, todos los niños ALC; 2017 [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2017/07/Compromiso-con-la-Accion-de-Santiago-Presidente-Bachelet-.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 10 de junio del 2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
4. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Asamblea General, Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York. Nueva York: Naciones Unidas 2015 [consultado el 12 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
5. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (documento CSP29/6, Rev.3) [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es)
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 17 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, D.C.: OPS; 2012 (documento CD51/12) [consultado el 16 de enero del 2018]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14677&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=270&lang=es)

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C.: OPS; 2008 (documento CD48/07) [consultado el 16 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf?ua=1>
9. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez [Internet]. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, D.C.: OPS; 2012 (documento CSP28/10) Washington, DC: OPS; 2012 [consultado el 16 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21382&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21382&Itemid=270&lang=en)
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado el 10 de junio del 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Esp.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Esp.).pdf)
11. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género. [Internet]. 46.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington, DC (documento CD46/12). Washington, DC: OPS; 2005 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-12-s.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. (documento CD53/10, Rev.1) Washington, D.C.: OPS; 2014 [consultado el 20 de julio del 2017]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es)
13. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC (documento CSP29/7, Rev.1). Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 24 de julio del 2017]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=42014&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42014&Itemid=270&lang=es)

14. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC (documento CD54/9, Rev.2). Washington, DC: OPS; 2015. [consultado el 30 de marzo del 2018] Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31545&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31545&Itemid=270&lang=es)
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC (documento CD55/INF/11) Washington, D.C.: OPS; 2016 [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf?ua=1>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final. 162.ª sesión del Comité Ejecutivo; del 18 al 22 de junio del 2018; Washington, DC (documento CE162/INF/13) [no estaba disponible en Internet al momento de redactarse este documento].
17. Organización Panamericana de la Salud. The health of adolescents and youth in the Americas: implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington, DC: OPS/OMS; 2018. En prensa.
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Base regional de datos de mortalidad [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [actualizada el 16 de junio del 2016; consultada el 15 de enero del 2018]. Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys/lcd.php>
19. Organización Mundial de la Salud. Healthy life expectancy (HALE) at birth. [Internet]. Data and interactive graphs. Ginebra (Suiza): OMS; 2016 [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/hale/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/)
20. Hills S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics 2016;137(3): e2015407
21. Organización Mundial de la Salud. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2009 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/es](http://www.who.int/gender/women_health_report/es)

22. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final. 162.ª sesión del Comité Ejecutivo; del 18 al 22 de junio del 2018; Washington, DC (documento CE162/INF/12 Washington DC: OPS; 2017 [Consultado el 16 de mayo del 2018]. Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=45217&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45217&Itemid=270&lang=es)
23. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [Consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en:  
<http://www.paho.org/relacsis/index.php/noticias/item/831-situacion-de-salud-en-las-americas-indicadores-basicos-2017>
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2017 [Internet]. Santiago: CEPAL; 2018 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Se puede encontrar en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
25. Stoltenborgh M, Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment 2011; 16(2):79-101.
26. Organización Mundial de la Salud. Working with individuals, families, and communities to improve maternal and newborn health: a toolkit for implementation. [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/)
27. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Innov8. Manual técnico [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 24 de mayo del 2018]. Disponible en:  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34933/9789275319772\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34933/9789275319772_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
28. Organización Mundial de la Salud. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet] Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 10 de junio del 2017] Disponible en:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)

29. Organización Mundial de la Salud. Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano. Proyecto para una consulta [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 11 de mayo del 2018]. Se puede encontrar la publicación completa en inglés en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1) y el resumen en español en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/272605>.
30. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. Washington, D.C.: OPS.



## Anexo A

### Valores y principios

- a) *Equidad en la salud.* La equidad en la salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas y evitables en cuanto al estado de salud y el acceso a la atención de salud y a entornos saludables. Los enfoques basados en la equidad procuran lograr la equidad y justicia eliminando las diferencias que son innecesarias y evitables.
- b) *Participación de las comunidades y los adolescentes.* La participación estructural y genuina de las comunidades y los adolescentes es esencial para obtener mejores resultados. Requiere el diseño y la aplicación de políticas, mecanismos y oportunidades de empoderamiento y participación de esos interesados directos en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las medidas.
- c) *Acción multisectorial y basada en la evidencia.* Los programas, políticas y servicios para mejorar la salud y el bienestar de mujeres, niños y adolescentes deben basarse en los mejores datos científicos disponibles o en el consenso acerca de las mejores prácticas, y deben adaptarse al contexto sociocultural específico. Las intervenciones que van más allá del sector de la salud deben considerarse como centrales para las estrategias nacionales en pro de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Las acciones del sector de la salud deben ubicarse dentro de una respuesta multisectorial integral y coordinada. Este sector proporciona liderazgo para movilizar y apoyar la participación de otros sectores y de los interesados directos en la elaboración de acciones multisectoriales coherentes y armonizadas para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes.
- d) *Derechos humanos e igualdad de género.* Los derechos y libertades fundamentales de todos los seres humanos incluyen el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. La igualdad de género en materia de salud significa que las mujeres y los hombres tengan igualdad de condiciones que les posibiliten el pleno ejercicio de sus derechos y de su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados.
- e) *Enfoque del curso de la vida.* Este enfoque reconoce los factores positivos y negativos que influyen en la trayectoria y los resultados de salud y desarrollo de una persona. Estas influencias son mayores cuando se presentan durante períodos sensibles del crecimiento y del desarrollo humanos, se acumulan a lo largo de la vida de las personas y se transmiten a otras generaciones.
- f) *Innovación e integración.* Las innovaciones científicas, tecnológicas, sociales, empresariales y financieras son necesarias para lograr efectos transformadores. Las soluciones innovadoras se pueden promover mediante inversiones y otros aportes que fomenten el ciclo de investigación, generación de evidencia, conocimientos, políticas y programación, y mediante el apoyo a la puesta a prueba y la ampliación a mayor escala de las innovaciones.
-

g) *Rendición de cuentas.* Los asociados regionales y nacionales involucrados en los esfuerzos por mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes son responsables de sus compromisos y promesas, del aprovechamiento eficaz de recursos, y de los resultados de las políticas y programas de salud que diseñan y ejecutan. Se deben implantar y aplicar mecanismos de rendición de cuentas que sean transparentes e incluyan a todos los interesados directos.

## 162.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

---

CE162/14  
Anexo B  
Original: inglés

### ***PROYECTO DE RESOLUCIÓN***

#### **PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE 2018-2030**

##### ***LA 162. SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

(PP1) Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030* (documento CE162/14);

(PP2) Consciente de los esfuerzos desplegados y los logros obtenidos hasta el presente mediante el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (2012-2017)*, la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015)*, la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (2012-2017)*, la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes (2010-2018)*;

(PP3) Considerando la importancia de contar con un nuevo plan de acción que esté en consonancia con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y tenga como propósito cerrar las brechas restantes a fin de asegurar una vida saludable y bienestar para todas las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región de las Américas,

#### ***RESUELVE:***

(OP)1. Recomendar que al Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

---

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y  
EL ADOLESCENTE 2018-2030**

***EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,***

(PP1) Habiendo examinado el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030* (documento CD56/\_\_);

(PP2) Consciente de los esfuerzos desplegados y los logros obtenidos hasta el presente mediante el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (2012-2017)*, la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015)*, la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (2012-2017)*, la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes (2010-2018)*;

(PP3) Reconociendo que el progreso ha sido lento y desigual y que es necesario acelerarlo y reducir las inequidades que afectan la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes aplicando enfoques integrados y multisectoriales que aborden los determinantes subyacentes;

(PP4) Reafirmando el derecho de todas las mujeres, niños y adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, y los principios y valores interrelacionados adoptados por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 de solidaridad, equidad en la salud, universalidad e inclusión social;

(PP5) Considerando la importancia de contar con un nuevo plan de acción que esté en consonancia con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y tenga como propósito cerrar las brechas restantes a fin de asegurar una vida saludable y bienestar para todas las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región de las Américas,

***RESUELVE:***

(OP)1. Aprobar el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030* en el contexto de las condiciones específicas de cada país.

(OP)2. Instar a los Estados Miembros a:

- a) desplegar esfuerzos para fomentar un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes;
- b) ampliar el acceso equitativo y la cobertura de las mujeres, los niños y los adolescentes con servicios de salud integrales y de calidad, incluidos servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva, que contribuyan a fomentar de manera

- continua la salud y el bienestar a lo largo de todo el curso de la vida y a las sucesivas generaciones;
- c) invertir en mecanismos para empoderar y dotar a las personas, las familias y las comunidades para que se involucren activamente en la protección y la promoción de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes;
  - d) intercambiar experiencias y buenas prácticas, y promover alianzas entre países y dentro de ellos con miras a alcanzar las metas y objetivos del plan de acción;
  - e) aumentar la eficacia de la coordinación gubernamental multisectorial y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, las mujeres y los adolescentes para asegurar el avance y promover la rendición de cuentas.

(OP)3. Solicitar a la Directora que:

- a) colabore con los Estados Miembros para evaluar y actualizar sus respectivos planes nacionales de acción y difundir herramientas que faciliten los enfoques integrados, centrados en la equidad e innovadores en favor de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes;
- b) fortalezca la coordinación del plan de acción con iniciativas similares diseñadas por otros organismos internacionales técnicos y financieros e iniciativas mundiales en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes;
- c) rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución del plan de acción.



## Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas de la resolución propuesta para la Oficina Sanitaria Panamericana

<p><b>1. Punto del orden del día:</b> 4.4 Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030</p>
<p><b>2. Relación con el <a href="#">Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019</a>:</b></p> <p><b>a) Categoría 3:</b> Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida: Promover la buena salud en las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.</p> <p><b>b) Áreas programáticas y resultados intermedios:</b></p> <p>Área programática: 3.1. Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva.</p> <p>Resultado intermedio 3.1: Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto.</p>
<p><b>3. Repercusiones financieras:</b></p> <p><b>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</b></p> <p>El costo total estimado para el plan de acción es de \$208.150.000. Esta estimación tiene en cuenta la suma total necesaria para las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, los resultados solo se lograrán si los Estados Miembros también aumentan sus inversiones estratégicas en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Por consiguiente, la cantidad total necesaria para las actividades clave a nivel de país no se ve reflejada en esta estimación. El monto estimado para recursos humanos (véase el cuadro siguiente) toma en consideración a los funcionarios de la OPS actualmente dedicados al área programática 3.1 a nivel regional y de país. Los montos estimados para las actividades (capacitación, consultores, viajes y reuniones, publicaciones, y suministros) se calcularon considerando los fondos ordinarios y las contribuciones voluntarias que se deberán movilizar durante el período de aplicación del Plan de Acción.</p>

Áreas	Costo estimado
Recursos humanos	US\$ 56.700.000
Capacitación	US\$ 60.650.000
Consultores/contrato de servicios	US\$ 30.300.000
Viajes y reuniones	US\$ 38.000.000
Publicaciones	US\$ 15.000.000
Materiales y otros gastos	US\$ 7.500.000
<b>Total</b>	<b>US\$ 208.150.000</b>

**b) Costo estimado para el bienio 2018-2019 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El costo estimado para el bienio 2018-2019 es de \$16.875.000 (este es el costo de ejecutar el plan de acción desde octubre del 2018 hasta diciembre del 2019, es decir durante 15 meses).

**c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? US\$ 14.000.000.**

**4. Repercusiones administrativas:**

**a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Se incluirán todos los niveles de la Organización, a saber: regional, de país y subregional. También se necesitará la participación activa de los ministerios de salud de los Estados Miembros, así como la de otros sectores a nivel nacional y local. La participación de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y de organizaciones y mecanismos subregionales facilitará la ejecución eficaz y armonizada de la acción multisectorial necesaria.

**b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

Se requiere a tiempo completo a un especialista en el desarrollo del niño en la primera infancia y a un especialista en salud y desarrollo positivos de los adolescentes para respaldar la implementación del plan de acción.

**c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

La ejecución empezará tan pronto como este plan de acción sea aprobado por el Consejo Directivo para garantizar su inclusión en el nuevo Plan Estratégico y en el Programa y Presupuesto.

Se realizarán dos exámenes intermedios de este plan de acción, uno en el 2022 y otro en el 2026, para evaluar los progresos alcanzados en pos de las metas y, de ser necesario, para incorporar ajustes. Se preparará un informe final para presentar a los Cuerpos Directivos en el 2031.



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

CE162/14  
Anexo D

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA  
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

**1. Punto del orden del día:** 4.4 Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030

**2. Unidad a cargo:** Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL)

**3. Funcionario a cargo:** Dra. Sonja Caffè

**4. Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030](#):**

El plan de acción propuesto está plenamente alineado con los principios y valores de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030), en particular con el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, el carácter universal de la equidad en salud y la inclusión social. El plan de acción tiene por objeto hacer realidad la visión de la ASSA2030 para todas las mujeres, niños y adolescentes de la Región de las Américas.

El plan de acción se refiere al pleno alcance de la ASSA2030 y hace hincapié en los objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11.

Asimismo, se prevé que el plan de acción contribuirá a la mayoría de las metas de la ASSA2030, haciendo especial hincapié en las metas 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 4.2, 4.3, 6.2, 6.3, 7.3, 9.1, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7 y 11.1.

**5. Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 \(modificado\)](#):**

El alcance del plan de acción se relaciona con las áreas de trabajo correspondientes a las categorías 2, 3, y 4 del Plan Estratégico de la OPS, haciendo hincapié en las categorías 3 y 4:

Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Categoría 3: Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

Categoría 4: Sistemas de salud



**6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**

- **Para los países de la Región.** Ministerios de salud, ministerios de educación, ministerios de protección social y desarrollo, ministerios y oficinas de asuntos de la mujer, institutos nacionales de estadística, registros civiles, organizaciones de la sociedad civil y redes tales como las de grupos de mujeres y organizaciones de jóvenes, e instituciones académicas y de investigación.
- **Iniciativas subregionales.** Mercado Común del sur (MERCOSUR), Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), la Comunidad del Caribe (CARICOM).
- **Organismos de las Naciones Unidas y otros asociados en pro del desarrollo.** El mecanismo interinstitucional coordinador de la aplicación de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*, centrado en reducir las desigualdades en materia de salud; Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe, grupo integrado por el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Agencia de los Estados Unidos, para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- **Otros.** La Alianza Neonatal para América Latina y el Caribe, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), y la Universidad Estatal de Iowa.

**7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**

- Implementación sostenible y a escala de intervenciones en favor de la salud y el desarrollo integrales del niño que fomentan la participación de las familias y comunidades, como “Chile Crece Contigo” (Chile), “De Cero a Siempre” (Colombia), “Uruguay Crece Contigo” (Uruguay) y “Amor por los más Chiquitos y Chiquitas” (Nicaragua), entre otras
- Ejecución a escala del programa “Familias Fuertes” en Perú, Colombia y Guatemala, que trabaja con padres o cuidadores y adolescentes, llegando a más de 200.000 familias por año
- El proyecto interprogramático Cero Muertes Maternas, apoyado por la Directora de la OPS
- La Iniciativa Maternidad Segura, de la OPS, que documenta 121 experiencias y prácticas adecuadas para el mejoramiento de la salud materna, incluidos enfoques interculturales de la salud materna
- La implementación del Sistema de Información Perinatal (SIP) al nivel poblacional en el Uruguay y El Salvador

**8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:**

El costo total estimado del plan de acción (2018-2030) es de US\$ 208.150.000. En esta estimación se toma en cuenta el monto total correspondiente a las actividades de la Oficina Panamericana Sanitaria, incluida la creación de capacidad a nivel regional y el apoyo técnico a los Estados Miembros. El costo estimado para el bienio 2018-2019 es de US\$ 16.875.000

- - -