

56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS
Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

PLAN DE ACCIÓN PARA LA **SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO, LA NIÑA Y ADOLESCENTES** 2018 – 2030



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



sobrevivir ▶ prosperar ▶ transformar ▶



PLAN DE ACCIÓN PARA LA
MUJER, EL NIÑO,
LA NIÑA Y ADOLESCENTES
2018 – 2030



PREFACIO

En los últimos años, nuestra Región ha logrado importantes avances en la mejora de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. La mortalidad neonatal, infantil y materna han disminuido. Sin embargo, no todos los grupos de la población se han beneficiado por igual: subsisten grandes diferencias entre los países y dentro de ellos. Las mujeres y los niños de los estratos socioeconómicos más bajos, así como los habitantes de las zonas rurales, los indígenas, las personas afrodescendientes y las personas con menos escolaridad presentan sistemáticamente una mayor carga de morbilidad y mortalidad. La mortalidad en la adolescencia, debida en su mayor parte a causas prevenibles, ha permanecido estacionaria o ha aumentado, y el embarazo en adolescentes sigue siendo inadmisiblemente alto.

En septiembre del 2018 se registró otro avance en la mejora de la salud de todas las mujeres, los niños y los adolescentes de la Región de las Américas cuando los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*.

Este plan de acción se elaboró con el fin de proteger los avances logrados hasta ahora y cerrar las brechas que subsisten a fin de promover una vida saludable y el bienestar de todas las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región. Si bien en distintos planes y resoluciones se habían plasmado mandatos regionales anteriores y la labor relacionada con la salud de estos grupos, en este plan se propone un enfoque integrado de la totalidad del curso de la vida para afrontar los desafíos y los obstáculos comunes, y fomentar la salud y el bienestar a lo largo del tiempo y entre generaciones. El plan está en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, y se hace eco de la Declaración de Astana del 2018.

En el plan de acción se proponen cuatro líneas de acción, en las cuales se especifican las medidas esenciales que es necesario adoptar a escala regional y de país para fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud; promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos en las familias, las escuelas y las comunidades a lo largo del curso de la vida; ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad que respondan a las necesidades diferenciadas de los diversos grupos de mujeres, niños y adolescentes; y fortalecer la generación y el uso de información estratégica.

En el plan de acción se reconoce y se destaca la salud como derecho humano fundamental y la búsqueda de la equidad en la salud como responsabilidad compartida y urgente. Se establecen como principios transversales clave la igualdad de género, los enfoques interculturales, el enfoque del curso de la vida, la rendición de cuentas y la transparencia.

A fin de ejecutar eficazmente este plan se requerirá un firme liderazgo de las autoridades de salud, en colaboración con otros sectores, para facilitar la formulación y adopción de políticas y normas coherentes, basadas en la equidad, que promuevan y protejan la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes, en particular los que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Será necesario aplicar de manera uniforme enfoques e intervenciones basados en la evidencia, buscar estrategias innovadoras y creativas para aumentar la eficiencia y el impacto, y fomentar la participación de las comunidades, incluida la población joven, en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de políticas y programas.

Esperamos que, al ejecutar este plan, los países de la Región aceleren el progreso a fin de que todas las mujeres, los niños y los adolescentes de nuestra Región puedan gozar del derecho a la salud sin que nadie se quede atrás. Estoy convencida de que juntos podremos responder a este reto.

Carissa F. Etienne

Directora

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



En América Latina y el Caribe la tasa de fecundidad en las adolescentes 15 a 19 años seguía teniendo la segunda tasa más alta de fecundidad del mundo y la disminución más baja en el período 2010–2015.







56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

Punto 4.4 del orden del día provisional

CD56/8, Rev. 1
26 de septiembre del 2018
Original: inglés

INTRODUCCIÓN

1. En mayo del 2016, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la resolución WHA69.2 (1) por la que se los invitó a comprometerse con la implementación de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (2). 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 dieron lugar al Compromiso de Santiago con la Acción, aprobado en una reunión de alto nivel celebrada en Santiago (Chile) en julio del 2017 (3). Este compromiso requiere la aplicación de la estrategia mundial, junto con esfuerzos innovadores y más eficaces para reducir las inequidades en materia de salud y aumentar el acceso a la atención y los servicios de salud, de manera de asegurar que cada mujer, cada niño y niña, y cada adolescente en las Américas 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. En la estrategia mundial se requiere el logro de la salud física y mental y del bienestar para todas las mujeres, niños, niñas y adolescentes, con acceso universal a la atención y servicios de salud, incluidos los derechos y la salud sexual y reproductiva, oportunidades sociales y económicas, y su plena participación 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 (4)* y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030 (5), 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) (6) que está en consonancia con la estrategia mundial.

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, así como las medidas necesarias relacionadas con los determinantes sociales de la salud, la OPS propone un plan de acción integrado para la salud de la mujer, el niño, la niña y el adolescente para el período 2018–2030. 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, las niñas y 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 e intersectorial, 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, las niñas y 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, niñas y adolescentes, así como sus determinantes subyacentes en el marco de los derechos, el género, el curso de la vida y la diversidad cultural, 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 de salud, al aumento del acceso a una atención y servicios de salud integrados, 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, las niñas y adolescentes en la Región ha sido desparejo. Los avances no han beneficiado a ciertos subgrupos de población en los países. 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 grupos de menor escolaridad, los pobres y los residentes en zonas rurales, así como algunos grupos de mujeres, niños, niñas y adolescentes— padecen sistemáticamente cargas mayores de mortalidad y morbilidad prevenibles (7). 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 las orientaciones señaladas en los documentos mundiales y regionales mencionados anteriormente, así como de análisis de las evaluaciones recientes y las enseñanzas extraídas de la ejecución de las siguiente 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 por medio de 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 por medio de la resolución CD48.R4 Rev.1 (2008); c) *Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez (2012–2017)*, aprobados por medio de la resolución CSP28.R20 (2012); y d) *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes 2010–2018 (8-11)*.



10x



En los países con las tasas más altas de mortalidad neonatal, los valores son hasta 10 veces mayores que en los países con las tasas más bajas.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Sobrevivir

6. 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 de 57,9%. Entre el 2008 y el 2014 la reducción fue de 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 (12). Las complicaciones de la prematuridad, los defectos congénitos, la asfisia al nacer, los traumatismos en el nacimiento y la septicemia son las causas de más del 40% de las muertes neonatales. Cabe destacar que persisten grandes variaciones entre los países y dentro de ellos, que van de 1,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en las Islas Caimán a 31,0 defunciones por 1.000 nacidos vivos en Haití (13). En el 2008 la mortalidad neonatal en los países de la Región oscilaba entre 2,9 y 28,5 por 1.000 nacidos vivos. Esta diferencia, que representa un rango estimado de 25,6, no se ha reducido sustancialmente. En los países con las tasas más altas de mortalidad neonatal, los valores son hasta 10 veces mayores que en los países con las tasas más bajas. La contribución proporcional de la mortalidad neonatal a la mortalidad de menores de 5 años ha aumentado como consecuencia de la notable disminución del componente posneonatal y del componente de 1 a 4 años. Con una reducción de 67% en la mortalidad de 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 y niñas de 1 a 4 años. La carga de la diarrea, la neumonía, la desnutrición y las enfermedades prevenibles mediante vacunación disminuyó significativamente entre los años 2000 y 2015 (14). Las disminuciones fueron desiguales entre los países: algunos avanzaron más que otros. También preocupa la exposición a la contaminación que tiene efectos desproporcionados en los niños y las niñas, por ejemplo, a la contaminación del aire, a los productos químicos peligrosos, al cambio climático, así como al agua, el saneamiento y la higiene inadecuados (15). Es preciso redoblar los esfuerzos para promover sistemáticamente ambientes saludables y prevenir la exposición a sustancias químicas peligrosas como el plomo y los contaminantes del aire durante el embarazo y en las primeras etapas de la vida, con posibles repercusiones en la esperanza de vida sana.

7. Las tasas de mortalidad de 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; la mortalidad de los adolescentes varones es desproporcionadamente más elevada que la de las adolescentes mujeres. 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. Entre quienes tienen de 15 a 19 años la violencia interpersonal y los traumatismos causados por el tránsito son las principales causas de AVAD perdidos en los varones, y las enfermedades de la piel y los trastornos depresivos son las principales causas en las mujeres. La malnutrición y el consumo de alcohol y drogas son los principales factores de riesgo de AVAD perdidos en adolescentes de 10 a 14 años, 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 (16, 17).
8. 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 saludable (18). 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 (19, 20).
9. Solo 23 países notificaron la razón de mortalidad materna en el período 2010–2015, lo que muestra los retos que persisten asociados al seguimiento de la mortalidad materna y la salud materna. Estos 23 países observaron una reducción de la mortalidad materna del 11% en general, de 63,8 por 100.000 en el 2010 a 56,6 por 100.000 en el 2015 (21). Aunque ha progresado, la Región no alcanzó la meta de los ODM de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y el 2015, lo que representa un desafío que subsiste con respecto a los ODS. 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 (21).

10. 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, las niñas y 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 (13, 21).





Las variaciones entre los países en la prevalencia del retraso del crecimiento son grandes, oscilando entre 1,8% y 48% en el 2015.

Prosperar

11. En los ODS y en 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; así pues, las personas tendrán mejores posibilidades de prosperar si se adoptan las siguientes metas de la estrategia mundial: poner fin a todas las formas de malnutrición y atender las necesidades nutricionales; garantizar el acceso universal a los derechos y servicios de salud sexual y reproductiva;¹ garantizar un desarrollo adecuado de la totalidad de las niñas y los niños en la primera infancia dando acceso a recursos que permitan promover ese desarrollo; reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la contaminación, y lograr la cobertura universal de salud.

12. Según los datos disponibles, los niños, las niñas y adolescentes de la Región sobrellevan una carga triple de malnutrición, a saber: desnutrición, carencias de micronutrientes, y sobrepeso u obesidad. La prevalencia del 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% (12). La prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños y las niñas está aumentando: se calcula que 7% de los menores de 5 años y 15% de los niños y las niñas en edad escolar tienen sobrepeso o son obesos. En 19 países de los que se dispone de datos sobre el período 2009–2016, la proporción de estudiantes de 13 a 15 años con sobrepeso oscilaba entre 15,9% en Guyana y 47,1% en Bahamas (16). Los datos disponibles muestran variaciones entre los países en lo concerniente al consumo actual de alcohol en adolescentes de 13 a 15 años. Los países con mayor porcentaje de consumo de alcohol son Dominica (54%), Santa Lucía (54%), Jamaica (52%), San Vicente y las Granadinas (51%), y Argentina (50%). El uso de otras sustancias psicoactivas, como marihuana, inhalantes y cocaína en adolescentes en la Región sigue siendo relativamente bajo. El consumo de marihuana en adolescentes de 13 a 15 años oscilaba entre 3% en Bolivia y 16% en Anguila; el uso de cocaína durante la vida en estudiantes secundarios oscilaba entre 0,6% en Venezuela y 6,0% en Chile, mientras que en la mayor parte de los países el rango era de 1 a 3% (16).

¹ 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.



© PAHO/WHO

13. Entre el 2010 y el 2016, la prevalencia del uso de anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva (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. En América Latina y el Caribe se 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 en el período 2005–2010 a 66,5 en el período 2010–2015, pero este grupo seguía teniendo la segunda tasa más alta de fecundidad del mundo y la disminución más baja de dicha tasa (16). Las mujeres indígenas, las residentes en zonas 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. Los datos sobre la fecundidad de las menores de 15 años son limitados. Sin embargo, se estima que aproximadamente 2% de las mujeres de América Latina y el Caribe inician la reproducción antes de los 15 años (16). Esta es también la única región del mundo con una tendencia ascendente en el número estimado de embarazos en menores de 15 años (16). Además, los y las adolescentes continúan enfrentando obstáculos legales, sociales, políticos y relacionados con el sistema de salud que les niegan acceso a servicios y productos de salud sexual y reproductiva que sean confidenciales y de buena calidad, lo que puede impedirles disfrutar de una juventud sana y satisfactoria y de un futuro productivo y próspero. Los y las adolescentes deben recibir información, asesoramiento y servicios de salud integral sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción y los riesgos asociados con el embarazo precoz, y en particular como resultado del matrimonio precoz o forzado (2).²

² En Estados Unidos, la educación para Evitar Riesgos Sexuales es una opción encaminada a retrasar la iniciación sexual (22). Colombia ha ampliado exitosamente los servicios de salud sexual y reproductiva y la educación sexual de los y las jóvenes en más de 536 ciudades, lo que contribuyó a la reducción del embarazo adolescente en el país (23).

En el 2010, la razón de mortalidad materna en las zonas rurales fue cuatro veces mayor que en las zonas urbanas.



14. Los gobiernos de la Región están reconociendo cada vez más los beneficios económicos, éticos y sociales de invertir en la niñez. Junto con el énfasis en la reducción de la mortalidad infantil prevenible se observa un viraje hacia una perspectiva de desarrollo humano. Diecinueve países ya cuentan con políticas o estrategias que abordan el desarrollo en la primera infancia.³ Sin embargo, este impulso debe hacerse extensivo a todos los países y a los subgrupos más necesitados. Al sector de la salud le corresponde una función importante para garantizar acceso a los servicios de salud para contribuir a que los niños y las niñas tengan oportunidades de prosperar. Se requiere más empeño en fortalecer enfoques multisectoriales e intervenciones tempranas en las cuales el sector de la salud desempeñe un papel activo, velando por que los servicios de salud sean fuentes de información, apoyo a los padres y a las madres y vínculos con otros recursos sociales. Los niños, las niñas y adolescentes de 5 a 14 años han estado históricamente subatendidos en los programas de salud infantil y adolescente (14, 16). Si bien este período de la vida 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 continua.
15. Más allá de concentrarse en la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo de adolescentes, los enfoques de la salud adolescente apuntan a cultivar bienes de desarrollo afirmativo, como el empoderamiento de las mujeres y niñas, las relaciones sólidas en el seno de la familia, la conectividad, la resiliencia, las competencias sociales, emocionales y cognitivas, la autodeterminación progresiva, la espiritualidad y la confianza en la propia capacidad. Todo esto contribuye a los

³ 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 en la primera infancia en Jamaica y el programa “Educa a tu hijo” en Cuba (14).

proyectos de vida y al desarrollo personal. La Región invirtió considerablemente en enfoques de salud integral adolescente 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, pero en la mayoría de los casos la ejecución ha sido limitada (16). La escuela también sigue siendo una plataforma importante para llegar a niños, niñas y adolescentes con información sobre la salud y programas y servicios de salud.

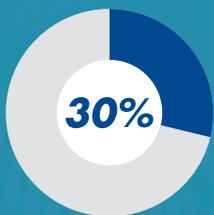
16. La salud de la mujer a menudo está confinada a la salud reproductiva que, si bien es fundamental, no es suficiente para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres a lo largo de todo el curso de la vida. Por consiguiente, en el presente plan de acción se propone una visión en favor de una atención y servicios de salud integrados y preventivos que trasciende los enfoques fragmentados. Además de intervenciones en la niñez y a lo largo de 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 a riesgos y su acceso limitado a la atención de salud y a la información sobre la salud (20). Las mujeres representan una proporción cada vez más grande de los adultos mayores y se ven cada vez más afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles, incluidos diversos tipos de cáncer, entre ellos los asociados con el envejecimiento. Por consiguiente, es necesario que los países inviertan en estrategias para abordar estas enfermedades y fomentar hábitos y prácticas 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.



***Se estima que
aproximadamente
2% de las mujeres de
América Latina y el Caribe
inician la reproducción
antes de los 15 años.***

17. Existen diferencias considerables entre los países y dentro de ellos en cuanto a la salud de determinados grupos de población como los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes, los grupos de menor escolaridad, los residentes en zonas rurales, las personas con discapacidad, los migrantes, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (LGBT), y otros grupos. Se requieren investigaciones para determinar cómo y por qué estos grupos presentan diferencias de morbilidad y mortalidad en comparación con otros grupos, y se necesitan esfuerzos multisectoriales encaminados a comprender sus necesidades específicas de salud y de bienestar, y a aplicar estrategias que respondan a esas necesidades.





***30% de las mujeres
en la Región de las
Américas han sufrido
violencia física o sexual
por parte de una pareja.***

Transformar

18. 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 toda forma de violencia contra las mujeres y las niñas; lograr el acceso universal al agua potable segura y asequible, así como a servicios de saneamiento e higiene; fomentar y difundir la investigación científica, promover el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y alentar la innovación.

19. Los análisis de los determinantes sociales de la salud han dejado claro que las condiciones en las cuales las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes nacen, crecen, se desarrollan, 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 menos mortalidad materna, menos 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 (16). Por el contrario, los países de la Región ubicados en el quintil más bajo de años medios de escolaridad tienen tasas de homicidio en general y de homicidio adolescente significativamente mayores que los que se ubican en todos los demás quintiles combinados (16). En América Latina y el Caribe, las tasas de alfabetización y de matrícula en la enseñanza primaria son altas, calculadas en >95%. Sin embargo, en países de América Latina y el Caribe la matrícula en la enseñanza secundaria es significativamente menor, y oscila entre 50% y 80% (16). 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, las niñas y adolescentes (24).

20. Muchas formas de violencia afectan desproporcionadamente a las mujeres de toda edad a lo largo de todo el curso de la vida, por ejemplo, la violencia de pareja, la violencia sexual y de género, el matrimonio infantil precoz y forzado, la trata de personas, el femicidio, y el acoso sexual, el maltrato y la explotación en escuelas, entornos laborales y lugares públicos. La violencia de índole sexual y de género perpetrada por un compañero íntimo es la forma más común de violencia que sufren las mujeres; esta sigue constituyendo uno de los mayores obstáculos para conseguir la igualdad de género y tiene repercusiones de largo alcance en las adolescentes al impedir su educación y aumentar los riesgos de matrimonio precoz, embarazo precoz y adquisición del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. La OMS estima que 30% de las mujeres en la Región de las Américas han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja, mientras que 11% de ellas han sufrido violencia sexual a manos de alguien que no era su pareja. Se estima que 58% de los niños y las niñas de América Latina y el Caribe, o sea 99 millones, sufren maltrato físico, sexual o emocional (19, 25). La *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer* (26) 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 adultas y las adolescentes. 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 en esa región se registraron en hombres (16).



OBSTÁCULOS Y RETOS COMUNES EN EL MARCO DE UN NUEVO PARADIGMA

21. 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, las niñas y adolescentes. Para alcanzar los objetivos de este plan de acción, los esfuerzos deben ir más allá de la prevención de las 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, las niñas y adolescentes de la Región son decisivos.

- a. **Falta de acceso equitativo a una atención y servicios de salud de alta calidad y continuos para todas las personas.** 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 (7). La perspectiva del curso de la vida promueve un enfoque integral de la atención y los servicios de salud que difiere de la manera tradicional de dispensarlos. 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. **Limitadas medidas sistemáticas de prevención y de promoción de la salud en las familias, los entornos educativos y las 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 (25). 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, niñas y 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. Limitadas oportunidades de participación sistemática y constante de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en su propia salud.** Según se señala en la estrategia mundial, las mujeres, los niños, las niñas y 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, procurando no reproducir ni perpetuar la distribución desigual por motivos 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 de 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 en América Latina y el Caribe limita las posibilidades de comprender la supervivencia y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes. Los conjuntos de datos disponibles, por ejemplo, sobre morbilidad y mortalidad, a menudo se limitan a promedios nacionales no desglosados por causa, edad, etnicidad y lugar de residencia y, por lo tanto, no muestran las inequidades existentes en los subgrupos. 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 como resultado 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, las niñas y 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; y 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 para participar 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, las niñas y 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, el ámbito académico, instituciones dedicadas a la investigación y los beneficiarios previstos.

- 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 propicia la construcción de salud en cada etapa específica de la vida, al tiempo que contribuye a mejorar las 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 considera la salud como un derecho fundamental y 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

22. 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 subsanar las brechas restantes para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de la Región de las Américas.
23. Los siguientes valores y principios, que se describen con mayor detalle en el anexo A, guían el presente plan de acción:
 - a. equidad en la salud,
 - b. participación de las comunidades,
 - c. acción multisectorial basada en la evidencia,
 - d. derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad,
 - e. enfoque del curso de la vida,
 - f. innovación e investigación,
 - g. rendición de cuentas, transparencia y sostenibilidad financiera.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN

24. 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 por objeto servir de orientación para las medidas nacionales y subnacionales.
- Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.
 - Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida.
 - Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades.
 - Fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan.
25. En este plan se adopta una perspectiva en favor de la equidad y de políticas públicas encaminadas a abordar adecuadamente los determinantes subyacentes de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes con un enfoque multisectorial. Está en consonancia con los compromisos y las acciones regionales existentes y se basa en ellos, como la labor de la OPS en favor de la equidad en 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) (28); el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, aprobado en el 2014 por medio de la resolución CD53.R2 (29); la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (4), aprobada en el 2014 por medio de la resolución CD53.R14; la *Política sobre etnicidad y salud*, aprobada en el 2017 por medio de la resolución CSP29.R3 (30); el *Plan de acción sobre salud mental*, aprobado por medio de la resolución CD53.R8 (31); la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia*

contra la mujer (26), aprobada en el 2015 por medio de la resolución CD54.R12; el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas* para el período 2013–2019, aprobado por medio de la resolución CD52.R9 (32); el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual 2016–2021*, aprobado por medio de la resolución CD55.R5 (33); el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017–2022*, aprobado por medio de la resolución CSP29.R4 (34); el *Plan de acción sobre inmunización* para el período 2016–2020, aprobado por medio de la resolución CD54.R8 (35), y la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada por medio de la resolución CSP29.R15 (36).

26. La ejecución eficaz del presente plan de acción requerirá una acción multisectorial estratégica y sostenida. En el contexto de este plan, las sinergias y la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las acciones juntamente con otros sectores, incluidos los de educación, protección social y justicia, así como la sociedad civil, son fundamentales para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres, los niños, las niñas y 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 a las prioridades nacionales, contribuirá al logro de las metas al nivel del impacto que se indican a continuación:

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018 ⁴	Meta 2026 ⁵	Meta 2030
1. Reducción de la razón de mortalidad materna	Razón regional de mortalidad materna	Por determinarse	Por determinarse	< 30 por 100.000 nacidos vivos ⁶
	Número de países y territorios con una razón de mortalidad materna < 30 por 100.000 ⁷ nacidos vivos (desglosada por edad, lugar de residencia, etnicidad y causa)	5	10	15
	Número de países y territorios que han reducido la razón de mortalidad materna al menos un 30% (desglosada por edad, lugar de residencia, etnicidad y causa)	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse

(continuado)

4 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.

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

6 Meta de la ASSA2030.

7 Meta de la ASSA2030.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018 ⁴	Meta 2026 ⁵	Meta 2030	
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 ⁸ (desglosada por lugar de residencia y etnicidad, según corresponda en cada país)	6	13	18	
	Número de países y territorios que han reducido la razón de mortalidad neonatal al menos un 10% en todos los grupos poblacionales (desglosada por edad, lugar de residencia, etnicidad y causa)	0	Por determinarse	Por determinarse	
	Número de países y territorios en los que el número de recién nacidos con peso bajo al nacer (proporción de recién nacidos de menos de 2.500 gramos) se ha reducido al menos un 10%	0	8	12	
3. Reducción de la tasa de mortalidad en menores de 5 años	Tasa regional de mortalidad en menores de 5 años	15,9 (2016)	15,2	< 14 cada 1.000 nacidos vivos ⁹	
	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 (desglosada por edad [<1 y <5], lugar de residencia y etnicidad, según corresponda en cada país)	6	13	18	
4. Reducción de la tasa de mortalidad debida a homicidios en varones y mujeres de 10 a 19 años (desglosada por grupo etario de 10 a 14 años y de 15 a 19 años)	Tasa regional de homicidio en varones y mujeres de 10 a 19 años (desglosada por grupo etario de 10 a 14 años y de 15 a 19 años)	Varones de 10 a 14 años	Por determinarse	Por determinarse	Reducida en un tercio ¹⁰
	Mujeres de 10 a 14 años	Por determinarse	Por determinarse	Reducida en un tercio	
	Varones de 15 a 19 años	Por determinarse	Por determinarse	Reducida en un tercio	
	Mujeres de 15 a 19 años	Por determinarse	Por determinarse	Reducida en un tercio	

(continuado)

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Meta de los ODS.

IMPACT TARGETS (continued)

Objetivo	Indicador		Línea de base 2018 ⁴	Meta 2026 ⁵	Meta 2030
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 10–19 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 (desglosados por lugar de residencia y etnicidad)		0	5	10
6. Reducción de la tasa específica de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años ¹¹ y de 15 a 19 años	a) Tasa regional específica de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años	10–14 años	NA ¹²	Reducción de un5%	Reducción de un10%
		15–19 años	66,5 (2010–2015) ¹³	Reducción de un5%	Reducción de un10%
	b) Número de países y territorios que miden la tasa específica de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (desglosadas por lugar de residencia, etnicidad y nivel de escolaridad)		0	5	10
	c) Número de países y territorios que han reducido en un 10% la tasa de fecundidad específica en niñas y adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en los grupos de menor desempeño ¹⁴		0	3	8
7. Aumento de la esperanza de vida saludable (EVS) de las mujeres de la Región de las Américas	Esperanza de vida saludable (EVS) de las mujeres de la Región de las Américas		69,2 años (2018) ¹⁵	Por determinarse	Al menos un año más

11 Algunos países utilizarán otros grupos etarios, según el contexto nacional.

12 Datos no disponibles actualmente; sin embargo, el embarazo en 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.

13 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>.

14 En este contexto, "menor desempeño" significa tasas altas de fecundidad.

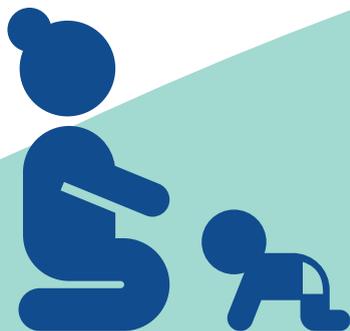
15 Estimación de la OPS basada en datos de 37 países y territorios.

Línea estratégica de acción 1:

Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes

27. Las inequidades en materia de salud se generan o se perpetúan, y se abordan más eficazmente, en múltiples niveles, incluido el normativo. Para abordar eficaz y sistemáticamente las inequidades de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y 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, las niñas y 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 ni niña y ningún joven se queden atrás.

28. Los esfuerzos en el marco de esta línea de acción incluirán apoyo para implementar análisis de las políticas de salud y transformar estas políticas a fin de reducir las inequidades que afectan a la salud de las mujeres, los niños, las niñas y 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, las niñas y adolescentes.



19 países ya cuentan con políticas o estrategias que abordan el desarrollo en la primera infancia.

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, den seguimiento y sistemáticamente analicen y transformen las inequidades de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes	1.1.1 Número de países y territorios que han implementado políticas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes	10	20	30	40
	1.1.2 Número de países y territorios que han establecido metas de reducción de las inequidades de salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a nivel nacional (o a nivel subnacional si el país está descentralizado)	Por determinarse	15	30	40
1.2 Aumentar la participación de los interesados directos pertinentes, como las mujeres, adolescentes, las familias, la sociedad civil y las comunidades, en los procesos de formulación y seguimiento de políticas dirigidas a lograr la equidad en materia de salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes	1.2.1 Número de países y territorios con mecanismos específicos mediante los cuales las mujeres y adolescentes pueden participar en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas	12	20	30	40



Existen diferencias considerables entre los países y dentro de ellos en cuanto a la salud de determinados grupos de población como los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes, los grupos de menor escolaridad, los residentes en zonas rurales, las personas con discapacidad, los migrantes, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (LGBT), y otros grupos.

29. La participación estructural genuina y libre de las mujeres, los niños, las niñas, adolescentes, las familias, los grupos en situaciones de vulnerabilidad y las comunidades es fundamental para obtener mejores resultados. Por consiguiente, será decisivo 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 también es importante para acelerar el progreso, 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. La rendición de cuentas inclusiva y transparente será una 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:
- Promover y respaldar la aplicación de enfoques innovadores, como la herramienta Innov8 (37), para analizar al nivel de las políticas y los programas las inequidades que afectan la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.
 - 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, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas públicas.
 - Seguir de cerca los progresos realizados y publicar informes regionales periódicos sobre reducciones de la inequidad en la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a nivel regional.
31. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- Revisión y reforma de las políticas nacionales y elaboración de hojas de ruta de los países sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, haciendo hincapié en abordar las inequidades en materia de salud que afectan a estos grupos.
 - Establecimiento de mecanismos de seguimiento de los resultados y los recursos relacionados con la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, mecanismos en los que se incluyen, según corresponda, la sociedad civil y el sector privado.
 - Implementación, en cada país, de un marco conceptual para la salud en todas las políticas y una hoja de ruta para orientar la acción multisectorial encaminada a abordar los determinantes de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.

Línea estratégica de acción 2:

Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del 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 familias, las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes. Los progenitores, 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 mediante intervenciones en favor del desarrollo en la primera infancia centradas en la familia, intervenciones en favor de la salud del niño, la niña 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 problemas de 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 marginalizados o invisibles, como las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes migrantes; las personas con discapacidad; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (LGBT), las privadas de la libertad y otros grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, para evaluar y reducir las inequidades de salud que afectan a los grupos marginalizados. 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 Mejorar la salud mental, física, sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en las familias	2.1.1 Porcentaje de menores de 6 meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna ¹⁶	30,5%	50%	60%	70%
	2.1.2 Número de países y territorios que están aplicando programas de crianza ¹⁷ dirigidos a padres y madres de niños, niñas y adolescentes con metas específicas para los grupos vulnerables (según la región, el lugar de residencia y el subgrupo etario: < 1 año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, >10 años)	14	20	25	30
	2.1.3 Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad reproductiva, por grupo etario	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse

(continuado)

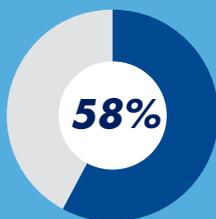
16 La OMS y el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna propusieron una meta del 70% para el 2030.

17 Otros términos usados son: programas parentales, programas de habilidades parentales o programas dirigidos a madres y padres, entre otros.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
2.2 Mejorar la salud mental, física, sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en las familias y comunidades	2.2.1 Porcentaje de menores de 5 años cuyo desarrollo está bien encaminado desde una perspectiva de salud, aprendizaje y bienestar psicosocial ¹⁸	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse
	2.2.2 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, los niños, las niñas y adolescentes	Por determinarse	10	20	25
	2.2.3 Número de países y territorios con datos recientes (de cinco o menos años de antigüedad) sobre la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva	3	5	7	10

(continuado)

18 Indicador de los ODS. Se están elaborando una definición y metodología estandarizadas, y se prevé que estén disponibles para el 2019.



58% de los niños y las niñas de América Latina y el Caribe, o sea 99 millones, sufren maltrato físico, sexual o emocional.

Objetivo	Indicador	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
2.3 Mejorar el aprovechamiento de la plataforma escolar para promover la salud mental, física, sexual y reproductiva, así como el bienestar de los niños, las niñas y adolescentes, incluida la educación sexual integral (2) ¹⁹	2.3.1 Número de países y territorios que aplican un programa nacional integral de salud escolar ²⁰ que llega al menos al 50% de las escuelas públicas a nivel de educación preescolar, primaria y secundaria	2	10	20	25
2.4 Fortalecer la capacidad del sector de la salud para una eficaz articulación intersectorial e interinstitucional, inclusive con la sociedad civil	2.4.1 Número de países y territorios con mecanismos específicos mediante los cuales la sociedad civil y el sector privado, según corresponda, pueden participar en la elaboración, el seguimiento y la evaluación de programas de salud dirigidos a las mujeres, los niños, las niñas o adolescentes	Por determinarse	20	30	40

19 Definición de las Naciones Unidas de “educación sexual integral”: La educación integral en sexualidad, o EIS, es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia*. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002608/260840s.pdf>

20 Un programa de salud escolar integral consta de cuatro elementos: 1) políticas equitativas de salud escolar; 2) entorno de aprendizaje saludable y seguro; 3) educación sobre salud basada en las habilidades, lo que incluye SRF apropiados para la edad, atención de salud mental y física. Organización Mundial de la Salud; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; y el Banco Mundial. *Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH start to Enhancing the Quality and Equity of Education*. Disponible en: <https://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf>

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, las niñas, adolescentes y las familias.
 - 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 y las adolescentes (la guía AA-HA!) (38) y el marco para el cuidado cariñoso y sensible (39).
 - d. Proporcionar orientación y capacitación basadas en la evidencia sobre el desarrollo en la primera infancia (de 0 a 8 años)²¹, y la salud y el desarrollo de los niños y las niñas de 6 a 9 años y adolescentes (subgrupos de 10-14 años y de 15-19 años).
 - 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, las niñas y 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.

21 Rango de edades definido por el Comité de los Derechos del Niño (2005). Este rango puede variar dependiendo del contexto específico de cada país.

36. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
- Examen y revisión de programas y enfoques nacionales y subnacionales para que se aplique el enfoque del curso de la vida.
 - 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, las niñas y adolescentes, a escala.
 - 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, las niñas y adolescentes.
 - Fortalecer las alianzas con los sectores de la educación y la protección social y con interesados directos para diseñar y ejecutar acciones conjuntas en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.



Línea estratégica de acción 3:

Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, 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 una 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 la atención y los servicios de salud, y contribuir a que se preste una atención de salud más accesible, equitativa, eficaz y de mejor calidad. 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 buena 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 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 del 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 y al desarrollo de los niños, las niñas, adolescentes y las mujeres, incluido el desarrollo en la primera infancia, la salud y el desarrollo apropiados de los y las adolescentes de acuerdo con la edad, 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 la atención y los servicios de salud dirigidos a las mujeres, los niños, las niñas y 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, niñas 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 del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
3.1 Promover progresivamente el acceso universal y equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales y de buena calidad	3.1.1 Porcentaje de mujeres y adolescentes en edad reproductiva que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos anticonceptivos modernos y de buena calidad	69% (2017)	75%	80%	90%
	3.1.2 Número de países y territorios que miden el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (desglosado por edad, etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos)	9	12	17	25
	3.1.3 Número de países y territorios en cuyas normas técnicas se prevé la atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse
	3.1.4	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse
	a) Número de países y territorios que miden el porcentaje de embarazadas que han recibido atención prenatal en cuatro o más ocasiones				
	b) Número de países y territorios que miden el porcentaje de embarazadas que han recibido atención prenatal en cuatro o más ocasiones (desglosado por edad, etnicidad y lugar de residencia)	0	5	10	15
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, etnicidad y lugar de residencia) y que han logrado un aumento de un 20% del porcentaje de las mujeres situadas en los quintiles más bajos que se benefician de cuatro o más consultas	0	3	6	10	

(continuado)

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	3.1.5 a) Número de países y territorios que miden el número de partos atendidos en establecimientos de salud (desglosado por edad, etnicidad y lugar de residencia de la madre)	0	3	6	10
	b) Número de países y territorios que miden el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud (desglosado por la edad, etnicidad y lugar de residencia de la madre) y que han registrado un aumento de 20% en los quintiles de menor desempeño o con recursos económicos más bajos	0	5	10	15
	3.1.6 Número de países y territorios que han aumentado su índice compuesto de cobertura ²² de la salud maternoinfantil	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse
	3.1.7 Número de países y territorios que han introducido la vacuna contra el VPH en su programa de inmunización	31	35	40	45
	3.1.8 Número de países y territorios con políticas mediante las cuales se promueve el acceso informado, voluntario y no coercitivo de las mujeres a los métodos de planificación familiar que ellas prefieran	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse	Por determinarse
	3.2 Mejorar la calidad de la atención y los servicios de salud para las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes	3.2.1 Número de países y territorios que realizan análisis y auditorías regulares de las defunciones maternas y perinatales	8	15	25
	3.2.2 Número de países y territorios que aplican normas nacionales de calidad a la atención y los servicios de salud para adolescentes	11	20	30	40

(continuado)

22 El índice compuesto de cobertura (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 consultas de atención prenatal, partera capacitada, inmunización (DTP3 y sarampión), tratamiento de la diarrea con SRO, búsqueda de atención para los niños y las niñas con síntomas de neumonía. En la cuenta atrás para el 2030 se está siguiendo este indicador.

Objetivos	Indicadores	Línea de base 2018	Meta 2022	Meta 2026	Meta 2030
	3.2.3 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
	3.2.4 Número de países y territorios con datos nacionales sobre la utilización de fármacos oxitócicos para prevenir la hemorragia posparto	2	6	10	15

40. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
- 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 de alta calidad en las etapas previa a la concepción, prenatal, del parto y posnatal.
 - Apoyar la integración de una perspectiva del curso de la vida en el diseño y la prestación de atención y servicios de salud a mujeres, niños, niñas y adolescentes.
 - Documentar y transmitir modelos eficaces y mejores prácticas relacionados con enfoques favorables a la equidad, innovadores y basados en el curso de la vida, aplicables a los servicios de salud para las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.
 - Respaldar el desarrollo y la práctica de una atención y servicios de salud integrales receptivos a adolescentes, lo que incluye mecanismos para la capacitación continua previa al servicio y en el servicio basada en las competencias de los prestadores de los 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 en las etapas previa a la concepción, prenatal, del parto y posnatal, incluida la indicción de anticonceptivos tras un evento obstétrico.
 - c. Evaluar regularmente y dar seguimiento continuamente de los obstáculos que dificultan el acceso a la atención y los servicios de salud de parte de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes con la carga más alta de mortalidad y morbilidad prevenibles.
 - d. Reorganizar la atención y los servicios de salud destinados a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a fin de que incorporen enfoques más proactivos, continuos y basados en el curso de la vida.
 - e. Expandir el acceso informado y voluntario a una amplia variedad de métodos modernos de planificación de la familia que satisfagan las necesidades de todas las mujeres y adolescentes, incluidos los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y los de anticoncepción reversible de acción prolongada.
 - f. Establecer normas para una atención y servicios de salud de los y las adolescentes que sean apropiados según la edad, y mecanismos de seguimiento continuo de la calidad y la cobertura del acceso de adolescentes a una atención de salud integral y preventiva.
 - g. Promover e implementar programas de vacunación contra el VPH y programas de tamizaje de las mujeres a fin de detectar la presencia de cáncer cervicouterino y tratar las lesiones precancerosas con miras a empoderar a las mujeres para que alcancen el nivel más alto posible de salud física y mental.

Línea estratégica de acción 4:

Fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan

42. Acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes requerirá un mayor conocimiento de sus circunstancias 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, las niñas y adolescentes requerirá un fortalecimiento continuo de los sistemas de información de salud, análisis sistemáticos y continuos de eventos específicos, como defunciones maternas, defunciones infantiles 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 Fortalecer la capacidad de los sistemas de información para incrementar la disponibilidad de datos sobre la mortalidad prevenible en mujeres, niños, niñas 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 circunstancias de las principales causas prevenibles de muerte de mujeres, niños, niñas y adolescentes	1	10	15	20
4.2 Generar capacidad en los sistemas de información 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, incluidas las de salud sexual y reproductiva, que afectan a mujeres, niños, niñas y adolescentes	Por determinarse	15	30	40

43. Entre las principales actividades a nivel regional se encuentran las siguientes:
 - a. Transmitir orientación normativa y fortalecer la formación de capacidad sobre el monitoreo de las desigualdades en materia de salud, con especial hincapié en las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.
 - b. Respaldo la ejecución del *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017–2022* a fin de aumentar la disponibilidad de datos y mejorar los sistemas de información sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, desglosados por edad, etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos.
 - c. 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 cuasincidentes).
 - d. Transmitir orientación y respaldar la utilización de métodos estandarizados para analizar la mortalidad adolescente debida a causas externas.

44. Entre las principales actividades a nivel de país se encuentran las siguientes:
 - a. Aplicación del enfoque de la OMS sobre los casos de morbilidad materna extremadamente grave y de las directrices en materia de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y respuesta a esa mortalidad (40, 41), 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.
 - b. 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, las niñas y adolescentes, desglosados por dimensiones de la desigualdad tales como edad, etnicidad, lugar de residencia y nivel de ingresos.
 - c. Aplicación de enfoques y metodologías estandarizados respecto del análisis de las muertes de 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, las niñas y 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 CONSEJO DIRECTIVO

48. Se invita al Consejo Directivo a que examine el *Plan de Acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030*, que haga las recomendaciones pertinentes y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que figura en el anexo B.



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Compromiso con la aplicación de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, punto 13.3 del orden del día; 28 de mayo del 2018; Ginebra, OMS; 2018 (resolución WHA69.2) [citado el 20 de julio del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-sp.pdf
2. 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_GSUupdate_Full_ES_2017_web.pdf.
3. 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; 2015 [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>
4. 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>
5. 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, NY. 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>
6. 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
7. 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>
8. 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
9. 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>

10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez [Internet]. 28.º Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.º 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
11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes 2010–2018 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado el 10 de junio del 2017]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
12. 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.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, D.C.: OPS; 2016 [documento CD55/INF/11] [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf?ua=1>.
13. 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>
14. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez: Informe final. 162.º sesión del Comité Ejecutivo, del 18 al 22 de junio del 2018. Washington, DC [documento CE162/INF/13]. Washington, DC: OPS; 2018 [consultado el 30 de junio del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45245&Itemid=270&lang=es
15. Organización Mundial de la Salud. La herencia de un mundo sostenible: Atlas sobre salud infantil y medio ambiente [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 30 de junio del 2018]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/260496/1/9789243511771-spa.pdf
16. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: implementación de la estrategia y plan de acción regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. 2010–2018. Washington, DC: OPS. En prensa.
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Base de datos de mortalidad [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [actualizada al 16 de junio del 2016; consultada el 15 de enero del 2018]. Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys/lcd.php>
18. Organización Mundial de la Salud. Healthy life expectancy (HALE) at birth [Internet]. Data and interactive graphs. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/
19. 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.
20. Organización Mundial de la Salud. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/
21. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final. 162.º sesión del Comité Ejecutivo; del 18 al 22 de junio del 2018. Washington, DC [documento CE162/INF/12] Washington, DC: OPS; 2018 [consultado el 16 de mayo del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14263%3A162th-session-executive-committee&catid=1258%3Aexecutive-committee&Itemid=40453&lang=es

22. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Family and Youth Services Bureau. Sexual risk avoidance education program [Internet] [consultado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.acf.hhs.gov/fysb/programs/adolescent-pregnancy-prevention/sexual-risk-avoidance-education>
23. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Moreno Lopez DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reprod Health*. 2015;12:90. [Internet]. [consultado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575493/>
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2017 [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2018 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible 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 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.º 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_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=es
27. 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/
28. 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.º 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>
29. 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.º 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
30. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. 29.º Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC (resolución CSP29.R3). Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 24 de julio del 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497%3A29th-pan-american-sanitary-conference&catid=947%3Apan-american-sanitary-conference&Itemid=2105&lang=es
31. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. [Internet] 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC (documento CD53/8, Rev. 1). Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 24 de julio del 2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD53-8-s.pdf>
32. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 65.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC (resolución CD52.R9). Washington, DC: OPS; 2013 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R9-s.pdf>

33. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. [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 (resolución CD55.R5). Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R5-s.pdf>
34. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017–2022. 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 (resolución CSP29.R4). Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497%3A29th-pan-american-sanitary-conference&catid=947%3Apan-american-sanitary-conference&Itemid=2105&lang=es
35. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización 2015-2020. [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 (resolución CD54/7, Rev. 1). Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf>
36. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 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 (resolución CSP29.R15). Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497%3A29th-pan-american-sanitary-conference&catid=947%3Apan-american-sanitary-conference&Itemid=2105&lang=es
37. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Innov8. Manual técnico. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Documento vivo, versión 2016 [Internet] Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [consultado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34933>
38. Organización Mundial de la Salud. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HAI): 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/
39. 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]. Disponible en inglés en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1. Resumen ejecutivo disponible en español en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/272605>
40. Organización Mundial de la Salud. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 18 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/
41. Organización Mundial de la Salud Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 18 de julio del 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-eng.pdf?sequence=1>

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.* 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, igualdad de género e interculturalidad.* Los derechos y libertades fundamentales de todos los seres humanos incluyen el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Estos derechos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. 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. En los enfoques interculturales se reconocen las diferencias entre los grupos étnicos de los diversos países y del interior de cada país, así como la especificidad de sus desafíos y necesidades. Estos enfoques promueven modelos de salud interculturales que comprenden la perspectiva de la sabiduría ancestral y espiritual, así como las prácticas de los miembros de los diversos grupos étnicos, y apoyan la implementación de enfoques interculturales en los sistemas y servicios de salud.

- 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 investigación.* 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, transparencia y sostenibilidad financiera.* 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. Para conseguir la sostenibilidad financiera en beneficio de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes se requiere una combinación de mayores gastos gubernamentales de acuerdo con el crecimiento del PBI, incentivos al sector privado para que invierta en la salud, movilización de apoyo externo, mejor aprovechamiento de los recursos existentes, mayor eficiencia y la adopción de enfoques de financiación integrados e innovadores.



56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

CD56/8, Rev. 1
Original: English

RESOLUCIÓN

CD56.R8

PLAN DE ACCIÓN PARA LA
**SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO,
LA NIÑA Y ADOLESCENTES**

2018 – 2030

56.º CONSEJO DIRECTIVO

Habiendo examinado el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030 (documento CD56/8, Rev. 1);

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 de la niñez (2012–2017), y la Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y los jóvenes (2010–2018);

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

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

Reconociendo que la consecución del objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 13 metas, junto con muchos otros objetivos y metas relacionados con la salud que figuran en la Agenda 2030, requerirán la adopción de medidas intersectoriales en favor de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;

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,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030 (documento CD56/8, Rev. 1) en el contexto de las condiciones específicas de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a:
 - a. fortalecer un entorno normativo transformador para reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes;
 - b. promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida;
 - c. ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades;
 - d. fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en este plan;
 - e. invertir en mecanismos para empoderar 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, las niñas y adolescentes, en particular de los que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a. brinde cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración de planes nacionales de acción actualizados y difunda herramientas que faciliten los enfoques integrados, basados en la equidad e innovadores en favor de la salud de las mujeres, los niños, las niñas y 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, las niñas y adolescentes;
 - c. rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los retos enfrentados en la ejecución del plan de acción.

(Octava reunión, 26 de septiembre del 2018)



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 23rd St. NW Washington, DC 20037-2895 | www.paho.org