

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): desarrollo en la primera infancia

Informe del Director General

1. De conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA69.2 (2016), en el presente informe se brindan nuevos datos e iniciativas en relación con la salud de la mujer, el niño y el adolescente. Según lo indicado por la Secretaría en su informe sobre el asunto a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el presente informe¹ se presta también una atención especial al desarrollo en la primera infancia. En 2018 se publicará en el portal de datos del Observatorio mundial de la salud un informe sobre la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente,² incluido el conjunto completo de 60 indicadores, con un análisis de los progresos hasta la fecha y pormenores sobre las prioridades estratégicas que se subrayarán en el informe que se presentará a la Asamblea de la Salud en mayo de 2018.

SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

2. La cobertura sanitaria universal es posible desde un prisma técnico y financiero. Si bien se dispone de una serie de intervenciones con fundamento científico y costoeficaces y de estrategias de los sistemas de salud para apoyar a los países en su avance hacia la cobertura sanitaria universal, los mayores retornos se obtienen cuando las inversiones se realizan a lo largo del curso de la vida y se destinan a quienes con más frecuencia se quedan atrás: mujeres, niños, adolescentes y personas mayores de las comunidades más pobres. Estos grupos de población son todavía más vulnerables en las crisis humanitarias y en entornos frágiles que deben abordarse para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ejemplo, se estima que 26 millones de mujeres y niñas en edad de procrear viven en situaciones de emergencia, y todas ellas requieren servicios de salud sexual y reproductiva.³ Asimismo se estima que 246 millones de niños (incluidos 75 millones de menores de cinco años) vivían en zonas de conflicto en 2015.⁴ Como consecuencia de disturbios y desórdenes, violencia, abusos y abandono, los

¹ Documento A70/37.

² Véase el repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud (en inglés) en <http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah> (consultado el 13 de noviembre de 2017).

³ Askew I. *et al.* Sexual and reproductive health rights in emergencies. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2016;94:311 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/16-173567.pdf>), consultado el 24 de octubre de 2017.

⁴ La primera infancia importa para cada niño. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, septiembre de 2017 (https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Sp.pdf), consultado el 24 de octubre de 2017.

niños se ven expuestos a experiencias traumáticas que suponen un riesgo importante para su salud y desarrollo. Es más, durante las emergencias se dan más casos de violencia sexual, lo que exacerba las amenazas a la salud y supervivencia de mujeres y niñas, hombres y niños.

Fortalecimiento de los datos sobre las mujeres, los niños y los adolescentes

3. Se está tratando de fortalecer los indicadores actuales. Por ejemplo, el indicador 3.1.2 (proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado) del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), un indicador crucial de cobertura para la supervivencia de la madre y el recién nacido, es en estos momentos difícil de medir en el ámbito de país debido a la falta de orientaciones claras y de títulos y funciones de ocupación normalizados. Los países han constatado importantes diferencias entre las normas actuales y las competencias y aptitudes de las personas que atienden partos, es decir, respecto de su capacidad para gestionar correctamente partos sin complicaciones y el periodo posnatal inmediato. Para poder evaluar los progresos en la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado en el ámbito nacional y mundial, tendrán que mejorarse las definiciones y mediciones. La OMS, el UNFPA, el UNICEF, la Confederación Internacional de Matronas, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Internacional de Pediatría han abordado este problema a través de una amplia consulta entre los Estados Miembros y las partes interesadas, con objeto de elaborar una declaración conjunta¹ sobre la actualización de la definición de «profesional sanitario competente». La actualización es especialmente pertinente para la Estrategia Mundial y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y orientará la revisión por la OIT de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

Salud de la mujer

4. **Apoyo de la OMS a los objetivos de la iniciativa «Planificación Familiar 2020».** En el marco de dicha iniciativa, la OMS se comprometió a ampliar el acceso a los anticonceptivos, las opciones disponibles y la combinación de métodos mediante la investigación y el desarrollo; a evaluar la seguridad y eficacia de métodos nuevos y existentes; y a ampliar la disponibilidad de productos anticonceptivos de calidad a través de la precalificación de productos y de mecanismos acelerados del cuadro de examen. Por tanto en 2015 y 2016, la Organización añadió a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales el implante liberador de etonogestrel, el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel y el anillo vaginal con progesterona. La OMS se ocupa también de sintetizar y publicar datos sobre medidas y modelos eficaces en la prestación de servicios de planificación familiar, orientar políticas, superar obstáculos y fortalecer programas. Por ejemplo, a fin de recabar información que permita conocer a fondo las necesidades desatendidas de adolescentes en materia de anticoncepción en diferentes países, ha participado en una revisión de la bibliografía² y ha publicado notas descriptivas³ sobre el uso de anticonceptivos entre los adolescentes en 58 países de ingresos bajos y medianos que ofrecen información sobre el uso de anticonceptivos entre mujeres casadas y solteras, los tipos de anticonceptivos utilizados, dónde se obtiene la anticoncepción y las razones de no utilizar anticonceptivos. Sus

¹ Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/skilled-birth-attendant/en/> (consultado el 25 de octubre de 2017).

² Hindin MJ *et al.* Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescent Health*, septiembre de 2016;59(3 Supp.):S8-15 ([http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(16\)30061-1/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)30061-1/fulltext)), consultado el 25 de octubre de 2017.

³ Véase <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/contraceptive-use/en/>.

análisis indican que el uso de anticonceptivos es por lo general escaso en los países de ingresos bajos y medianos, por razones diversas.

5. **Aborto seguro.** Según estimaciones recientes, entre 2010 y 2014 se practicaron anualmente en todo el mundo 56 millones de abortos. De 1990 a 2014, la tasa de abortos descendió considerablemente en las regiones desarrolladas, de 46 a 27 por cada 1000 mujeres, pero se mantuvo inalterada en las regiones en desarrollo.¹

6. Según investigaciones recientes sobre la seguridad de los abortos, unos 25 millones de los 56 millones estimados de abortos practicados entre 2010 y 2014 fueron peligrosos. Más del 75% de los abortos practicados en África y América Latina fueron peligrosos, y en África casi la mitad de todos los abortos fueron practicados en las menos seguras de las circunstancias, por personas sin capacitación adecuada que utilizaban métodos tradicionales e invasivos.²

7. En colaboración con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana ha puesto en marcha una base de datos de acceso abierto (Global Abortion Policies Database),³ que contiene la legislación, políticas, normas sanitarias y directrices sobre el aborto de todos los Estados Miembros de la OMS y las Naciones Unidas. Además de ofrecer datos sobre políticas específicas del aborto, los perfiles de los países incluyen indicadores de salud sexual y reproductiva, la lista de tratados de derechos humanos ratificados por el país en cuestión y enlaces a las conclusiones de órganos de tratados de las Naciones Unidas con una selección de extractos relativos al aborto.

8. **Cáncer cervicouterino.** En 2012, más de 528 000 mujeres enfermaron de cáncer cervicouterino, de las que murieron 266 000.⁴ Sin embargo, el cáncer cervicouterino puede eliminarse y ninguna mujer debería morir por ello. La voluntad política de prevenir la enfermedad es más fuerte que nunca, y existen herramientas costoeficaces (vacuna contra el virus del papiloma humano, pruebas de ADN, cribados y tratamiento). Para impulsar los progresos y promover la ampliación de medidas en los países, siete organismos de las Naciones Unidas (OMS, OIEA, CIIC, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF y ONU-Mujeres) establecieron el Programa mundial quinquenal conjunto de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. El Programa conjunto tiene por objeto ayudar a los países a dar prioridad a las medidas que permitan obtener resultados óptimos, aunando a los principales actores que intervienen en la prevención del cáncer cervicouterino. Para la ampliación de las medidas se ha seleccionado a seis países prioritarios, uno de cada una de las seis regiones de la OMS.

9. **Violencia contra las mujeres.** Millones de mujeres en todo el mundo son víctimas de violencia, principalmente a manos de parejas y de otros familiares, con graves consecuencias para su salud. En mayo de 2016, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA69.5, en la que

¹ Sedgh G *et al.* Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. Mayo de 2006;388(10041):258-267 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext)), consultado el 25 de octubre de 2017.

² Ganatra B *et al.* Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. Septiembre de 2017 (primera publicación en línea, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)), consultado el 25 de octubre de 2017.

³ Véanse los sitios web <http://www.srhr.org/abortion-policies> y <https://esa.un.org/gapp> (ambos consultados el 25 de octubre de 2017).

⁴ Véase GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 en http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (consultado el 13 de noviembre de 2017).

aprobaba el Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. La Secretaría colabora con los Estados Miembros para facilitar la aprobación de directrices clínicas y normativas y herramientas de capacitación para responder a la violencia contra la mujer.¹ Un número creciente de Estados Miembros están elaborando o actualizando sus protocolos nacionales para una respuesta sanitaria a la violencia contra la mujer en consonancia con directrices de la OMS. Es necesario mantener el impulso para lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre la violencia, el objetivo «transformar» de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y las metas 5.2 y 5.3 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas).²

Salud del niño

10. La transición de los Objetivos del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrece la ocasión oportuna de repensar y adaptar las estrategias mundiales sobre la salud del niño y programas conexos. El hecho de que la mortalidad de los menores de cinco años se haya reducido a la mitad en los dos últimos decenios, los cambios en la edad, causas y ubicación geográfica de las muertes infantiles, y el reconocimiento en aumento de la importancia de tomar medidas para ayudar a los niños que sobreviven a crecer y prosperar son, todos ellos, elementos que catalizan una reconsideración estratégica del enfoque mundial con respecto a la salud de los niños.

11. Junto con el UNICEF, la OMS ha puesto en marcha una iniciativa para rediseñar las directrices sobre la salud infantil, en concreto analizando los cambios necesarios para revisar las políticas y programas sobre salud infantil que definirán la cobertura sanitaria universal durante los 18 primeros años de vida. La iniciativa se centra en las intervenciones «sobrevivir» y «prosperar» hasta los 18 años y parte de la premisa de que la diversidad de las condiciones sociales, epidemiológicas y demográficas exige enfoques que se adapten al contexto; por tanto trata de definir un conjunto viable aceptable de nuevas tipologías y propone una serie de actividades con fundamento científico susceptibles de mejorar la situación sanitaria de los niños.

12. Como primer paso en esta dirección, en mayo de 2017 se publicaron nuevas estimaciones mundiales y regionales sobre mortalidad de los adolescentes (10-19 años) y la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, y el 19 de octubre de 2017 se publicaron las cifras de mortalidad infantil para niños menores de cinco años y de 5 a 14 años.

¹ Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1), consultado el 13 de noviembre de 2017 (resumen en español disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1); y Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Documento OPS/FGL/16-016 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>), consultado el 13 de noviembre de 2017.

² Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>), consultado el 13 de noviembre de 2017.

Salud del adolescente

13. En su informe de 2017, *Rendición de cuentas transformadora para el adolescente*,¹ el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños hizo un llamamiento urgente a hacer inversiones estratégicas en los niños de 10 a 19 años, con el objetivo de alcanzar las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

14. Tras la publicación de orientaciones sobre la aplicación de las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA-HA!)² en mayo de 2017, varios Estados Miembros han puesto en marcha la elaboración de estrategias y planes nacionales integrales. Para finales de 2017, la OMS, los otros asociados de H6 y la UNESCO habrán organizado conjuntamente reuniones interpaíses para impulsar el uso de dichas orientaciones en los países africanos y del Caribe. En el primer semestre de 2018 se pondrán en marcha en otras regiones actividades de creación de capacidad para el uso de las orientaciones. Además, se han publicado nuevas estadísticas sanitarias sobre los adolescentes, que pueden consultarse en el portal de datos del Observatorio Mundial de la Salud.

15. La OMS ha colaborado con sus asociados en el estudio mundial sobre la primera adolescencia, que tiene por objeto generar conocimientos sobre los modos en que se forman las normas de género en la primera adolescencia y cómo tales normas predisponen posteriormente a los jóvenes a riesgos sexuales y otros riesgos sanitarios. La fase I del estudio, realizada en 15 países, ha generado información valiosa³ y ha contribuido a la creación de un instrumento para evaluar las normas de género en la primera adolescencia.⁴

16. La OMS colabora con otros miembros de la Red Interinstitucional de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Juventud en la elaboración de una estrategia de las Naciones Unidas sobre la juventud con objeto de garantizar el reconocimiento de los adolescentes y los adultos jóvenes (de 10 a 30 años) y ayudarles a lograr vidas plenas y alcanzar su potencial como agentes de cambio activos y positivos, para 2030. Como primera etapa en este proceso, en junio de 2017 se puso a disposición de todos y cada uno de los jóvenes de todos los lugares del mundo una encuesta mundial abierta que permitirá a las Naciones Unidas establecer cuáles son los problemas prioritarios de los jóvenes, qué pueden hacer las Naciones Unidas para solucionarlos y cuál es el mejor modo de lograr la participación de la juventud en el proceso.

17. El Pacto para la Juventud en la Acción Humanitaria, adoptado en la Cumbre Humanitaria Mundial de 2016, servirá para consolidar la función de los jóvenes y empoderarlos como agente de cambio. El Pacto hace un llamamiento a la plena inclusión y participación de la juventud en los procesos de prevención, preparación, y respuesta y recuperación, en relación con las crisis humanitarias.

¹ Disponible en http://iapreport.org/files/IAP%20Annual%20Report%202017-online-final-web_with%20endnotes.pdf (consultado el 1 de noviembre de 2017). Existe un resumen en español: <http://iapreport.org/files/IAP%202017%20Exec%20Summary-SP-web.pdf>.

² Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1> (consultado el 25 de octubre de 2017).

³ The global early adolescent study: an exploration of the factors that shape adolescence. *J Adolesc Health*. Octubre de 2017; 61, Issue 4: S1-S54 ([http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X\(17\)X0014-1](http://www.jahonline.org/issue/S1054-139X(17)X0014-1)), consultado el 13 de noviembre de 2017.

⁴ Disponible en <http://www.geastudy.org/quant-download/> (consultado el 13 de noviembre de 2017).

Financiación de inversiones en la mujer, el niño y el adolescente

18. Los recursos del fondo fiduciario para el Mecanismo de Financiación Mundial están asignados en estos momentos a 16 países. A julio de 2017, el fondo fiduciario había recibido contribuciones por un monto de US\$ 525 millones. La primera reposición se inició en septiembre de 2017 y tenía por objeto movilizar US\$ 2000 millones adicionales para facilitar la expansión del proceso del Mecanismo durante el periodo 2018-2023 a los 50 países con necesidades más destacadas (los 16 beneficiarios actuales y otros 34 países). La OMS ha sido un asociado activo del Mecanismo y ha desempeñado una función primordial ayudando a los Estados Miembros a preparar sus argumentos de inversión.

Salud y derechos humanos

19. Con arreglo a las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, publicadas en 2017, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos trabajan en un acuerdo marco de cooperación para aplicar dichas recomendaciones, fomentar la capacidad institucional y los conocimientos especializados, y garantizar el seguimiento continuado de los progresos.

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

20. El desarrollo en la primera infancia es fundamental para la transformación que se desea lograr en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El concepto abarca la infancia desde la concepción a los ocho años de edad y engloba el desarrollo cognitivo, físico, socioemocional, motor, del habla y del temperamento, que se inicia en la concepción. Durante los primeros 1000 días siguientes a la concepción, en los que el cerebro se desarrolla a un ritmo vertiginoso, es especialmente importante que el feto y el niño reciban cuidados afectivos; es también cuando mejor responden los niños a las intervenciones.

21. Las experiencias más formativas de los recién nacidos y los niños pequeños son las derivadas de los cuidados afectivos, caracterizados por un entorno estable que promueve la salud y la nutrición óptima, protege a los niños de amenazas y ofrece oportunidades de aprendizaje temprano mediante interacciones y relaciones afectuosas. Son sobre todo los progenitores y otros cuidadores principales quienes ofrecen los cuidados afectivos; por tanto deben establecerse políticas, información y servicios para darles los conocimientos, tiempo y recursos materiales necesarios para que ofrezcan una atención infantil adecuada.

22. La pobreza, toda forma de malnutrición, el escaso nivel de formación de los progenitores, la violencia en el hogar y la comunidad, y una salud ambiental deficiente se encuentran entre los principales factores de riesgo para que el desarrollo infantil no llegue a niveles óptimos. Según estimaciones conservadoras basadas solo en los factores de riesgo de la pobreza y el retraso del crecimiento, 249 millones de niños (el 43%) en los países de ingresos bajos y medianos corren el riesgo de no lograr plenamente su potencial de desarrollo,¹ lo que entraña enormes costos para las personas, las sociedades, y las generaciones presentes y futuras. Se estima que los niños afectados por dificultades en los primeros años de vida sufren de adultos una pérdida de aproximadamente un cuarto de los ingresos medios por año, y que en los países la pérdida puede llegar a ser el doble de su gasto actual en salud y educación en el producto interior bruto.

¹ Lu C *et al.* Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *The Lancet Global Health*. Diciembre de 2016;4(12):e916–e922 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30266-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30266-2/fulltext)), consultado el 26 de octubre de 2017.

23. Dada la gran importancia de dar a los niños el mejor comienzo posible en la vida, el sector de la salud tiene la responsabilidad de apoyar los cuidados afectivos. Muchas de las intervenciones para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente (en particular la atención del recién nacido, la nutrición, la salud mental, y la prevención y atención de la infección por VIH) tienen repercusiones directas en el desarrollo infantil. Es más, el sector de la salud se encuentra en una posición inigualable para llegar a las familias y los cuidadores durante los primeros años.

24. En apoyo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular la meta 4.2 (asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de desarrollo en la primera infancia de calidad), y los objetivos de la Estrategia Mundial (sobrevivir, prosperar, transformar), la OMS colabora con el UNICEF, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, y la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia en la elaboración de un marco mundial para los cuidados afectivos, a fin de facilitar la adopción de medidas y el logro de resultados. El marco se centrará en los primeros 1000 días siguientes a la concepción dentro de un enfoque centrado en el curso de la vida; e irá dirigido a todos los sectores pertinentes a través del sector de la salud. Las consultas se iniciaron en julio de 2017 durante una reunión técnica de la OMS y se mantienen en todas las regiones. Asimismo, se está llevando a cabo una consulta en línea sobre el proyecto de marco. En apoyo del marco, la OMS está también elaborando directrices sobre los cuidados afectivos en la primera infancia y dirigiendo una iniciativa mundial para elaborar un marco de medición e indicadores adicionales para evaluar el desarrollo infantil en niños menores de tres años. La atención para el desarrollo infantil,¹ un enfoque para fortalecer los servicios en apoyo de la atención receptiva y el aprendizaje temprano, se está aplicando en al menos 25 países.

HACIA EL FUTURO

25. La atención obstétrica es esencial para mejorar la salud de la madre y del recién nacido. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras, en los que una partera o un pequeño grupo de parteras brinda apoyo a una mujer durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal, y a las que se recurrirá solamente en caso de necesidad, conducen a mejores resultados para la madre y el recién nacido. Para examinar de forma exhaustiva lo que se puede y debe hacer, se propone que en el informe sobre la aplicación de la Estrategia Mundial que la Secretaría presente a una futura reunión del Consejo Ejecutivo se examine la forma de extender la atención de partería a todas las mujeres y los recién nacidos.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

26. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe.

= = =

¹ OMS/UNICEF. Care for Child Development. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.