

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 aportan 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,¹ en el presente informe se presta una atención especial al desarrollo en la primera infancia. En su 142.^a reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.² Para una información más detallada puede consultarse el informe de 2018 sobre los progresos realizados hacia la consecución de las metas para 2030 de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, que están armonizadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Dicho informe está disponible en el portal de datos del Observatorio Mundial de la Salud,³ que también ofrece los datos más recientes sobre los 60 indicadores, y en él se analizan los progresos hechos hasta la fecha y se proponen prioridades estratégicas basadas en evidencias para alcanzar los objetivos Sobrevivir, Prosperar y Transformar para todas las mujeres, niños y adolescentes.

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. Asimismo se estima que 246 millones de niños (incluidos 75 millones de menores de 5 años) vivían en zonas de

¹ Documento A70/37.

² Véanse el documento EB142/19 y las actas resumidas de la 142.^a reunión del Consejo Ejecutivo, decimotercera sesión, sección 2.

³ Véase el repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud (en inglés) en <http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah> (consultado el 22 de marzo de 2018).

conflicto en 2015.¹ Como consecuencia de disturbios y desórdenes, violencia, abusos y abandono, los 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 los ámbitos 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 conjunta sobre la actualización de la definición de «profesional sanitario competente».² 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. Asimismo, se está colaborando con el UNICEF y otras partes interesadas para reforzar el indicador 4.2.1 existente sobre el desarrollo en la primera infancia «Proporción de niños menores de 5 años cuyo desarrollo se encuentra bien encauzado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, desglosado por sexo».

Salud del niño

4. 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 5 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.

5. 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.

¹ UNICEF. La primera infancia importa para cada niño (https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Sp.pdf), consultado el 22 de febrero de 2018.

² Véase <http://www.who.int/reproductivehealth/skilled-birth-attendant/en/> (consultado el 22 de febrero de 2018).

6. 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 5 años y de 5 a 14 años.

7. **Sífilis congénita.** Las estimaciones provisionales, derivadas del instrumento de modelización Spectrum-STI y basadas en los datos aportados por 129 países, indican que en 2016 hubo 1,1 millones de casos de sífilis materna que dieron lugar a más de 660 000 casos de sífilis congénita, contraída durante el parto en 350 000 de ellos.

8. **Violencia contra los niños.** Cada año hay en el mundo hasta 1000 millones de niños y adolescentes de 0 a 17 años que son víctimas de violencia, sobre todo a manos de sus padres y cuidadores, colegas y conocidos. La meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propone acabar con todas las formas de violencia contra los niños. Para prestar apoyo a los Estados Miembros en la consecución de esta meta, la OMS y otros nueve organismos internacionales publicaron en 2016 «INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños», un informe técnico basado en evidencias con siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. En un informe mundial de la situación de la prevención de la violencia contra los niños, cuya publicación está prevista para 2019, se presentará una evaluación de los esfuerzos nacionales por acabar con la violencia contra los niños. La OMS está ultimando unas directrices sobre la respuesta del sector de la salud al maltrato infantil que complementarán las directrices publicadas por la Organización en octubre de 2017 sobre la respuesta clínica a los niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales.¹

Salud del adolescente

9. En su informe de 2017, *Rendición de cuentas transformadora para el adolescente*,² el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, Todos los Adolescentes 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.

10. Tras la publicación de orientaciones sobre la aplicación de las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA-HA!) en mayo de 2017, varios Estados Miembros han puesto en marcha la elaboración de estrategias y planes nacionales integrales. La OMS, los otros asociados de H6 y la UNESCO han organizado conjuntamente reuniones interpaíses para impulsar el uso de dichas orientaciones en los países de África, América Latina y el Caribe. A lo largo 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.

11. 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, realizado en 15 países, ha generado información

¹ WHO. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>), consultado el 11 de abril de 2018.

² Transformative accountability for adolescents: accountability for the health and human rights of women and adolescents in the 2030 Agenda (http://iapreport.org/files/IAP%20Annual%20Report%202017-online-final-web_with%20endnotes.pdf), consultado el 22 de febrero de 2018.

valiosa y ha contribuido a la creación de un instrumento para evaluar las normas de género en la primera adolescencia.¹

12. 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 y su correspondiente marco de resultados, 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.

13. 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 agentes 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.

Salud de la mujer

14. **Salud materna y atención sanitaria.** Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna mundial ha disminuido en casi un 44%: de aproximadamente 532 000 muertes en 1990 a un número estimado de 303 000 en 2015. Esto representa una reducción estimada de la razón de mortalidad materna de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a 216 en 2015. Cada día mueren más de 830 mujeres en el parto o a consecuencia del embarazo y el parto. La mayoría de estas muertes se deben a hemorragias puerperales, trastornos hipertensivos, infecciones y complicaciones del aborto. Otras mueren a consecuencia de la interacción entre el embarazo y afecciones preexistentes o sufren complicaciones del embarazo que persisten más allá del parto, como infecciones y depresión. Se calcula que en 2016 el 78% de las mujeres fueron atendidas durante el parto por personal sanitario cualificado² y que solo el 62% de las embarazadas acudieron a cuatro o más consultas prenatales. De acuerdo con los datos procedentes de 92 países de ingresos bajos y medios, solo el 59% de las mujeres recibieron atención tras el parto entre 2011 y 2016.

15. **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 OMS 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, incluido el restablecimiento de la fecundidad, a fin de orientar políticas, reducir 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 bibliografía y ha publicado notas descriptivas sobre el uso de anticonceptivos entre los adolescentes

¹ Véase <http://www.geastudy.org/> (consultado el 12 de abril de 2018).

² UNICEF. The State of the World's Children 2017 – Children in a Digital World (<https://www.unicef.org/sowc2017/>), consultado el 22 de febrero de 2018.

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 para no utilizar anticonceptivos. Sus análisis indican que el uso de anticonceptivos es por lo general escaso en los países de ingresos bajos y medianos, por razones diversas.

16. **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

17. 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

18. 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 (Base de datos mundial de políticas sobre el aborto),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.

19. **Cáncer cervicouterino.** En 2012, más de 528 000 mujeres enfermaron de cáncer cervicouterino, de las que murieron más de 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 entidades de las Naciones Unidas (CIIC, OIEA, OMS, ONUSIDA, ONU-Mujeres, UNFPA y UNICEF) 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. Hasta marzo de 2017 se había introducido la vacunación de las niñas contra los papilomavirus humanos en 71 programas nacionales de inmunización.

¹ Sedgh G *et al.* Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*. May 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 22 de marzo de 2018.

² Ganatra B *et al.* Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. September 2017 (Online First publication, [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 21 de febrero de 2018.

³ Véase la Base de datos mundial de políticas sobre el aborto (<http://www.srhr.org/abortion-policies>), consultado el 27 de febrero de 2018.

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 22 de febrero de 2018).

20. **Violencia contra las mujeres y las niñas.** Millones de mujeres y adolescentes 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 Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA69.5, en la que 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 aceptación de directrices clínicas y normativas y herramientas de capacitación para responder a la violencia contra la mujer. 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. De los 106 países que en 2016 presentaron informes completos sobre la disponibilidad de servicios de atención tras violaciones, el 43% proporcionaba los cuatro elementos de una atención integral de acuerdo con las directrices de la OMS (profilaxis tras la exposición frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo en condiciones de seguridad y apoyo psicológico), mientras que el 86% proporcionaba tres de los cuatro elementos. Sin embargo, la cobertura sigue siendo un reto. La recopilación de datos sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres ha aumentado; entre 2010 y 2017, el 46% de los 194 Estados Miembros realizaron encuestas poblacionales sobre la violencia contra las mujeres. 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).

CUESTIONES TRANSVERSALES

Calidad de la atención

21. Los Estados Miembros están comprometidos con la consecución de una cobertura sanitaria universal con calidad, equidad y dignidad para todas las mujeres, recién nacidos y niños, en consonancia con las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.¹ Reconociendo que es necesario actuar, 10 países, bajo el liderazgo de la OMS y en colaboración con el UNFPA, el UNICEF, asociados para la ejecución y otras partes interesadas, han establecido la Red para Mejorar la Calidad de la Atención a la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Estos países pioneros se han propuesto como objetivo reducir a la mitad las muertes maternas, neonatales y prenatales, además de mejorar la experiencia de la atención en los centros sanitarios participantes, en los 5 años siguientes a la aplicación, mediante la formulación y ejecución de estrategias y políticas nacionales sobre la calidad de la atención.

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

22. Los recursos del fondo fiduciario para el Mecanismo de Financiación Mundial están asignados en estos momentos a 26 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, se siguió de una serie de eventos y su objetivo fue 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 26 beneficiarios actuales y otros 24 países).² 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.

¹ Resoluciones WHA64.9 (2011), WHA67.10 (2014) y WHA69.24 (2016).

² Véase <https://www.globalfinancingfacility.org/> (consultado el 22 de marzo de 2018).

Salud y derechos humanos

23. 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 de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos han pactado 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.

Salud medioambiental

24. Los factores de riesgo medioambientales, tales como la contaminación del aire, el agua insalubre, el saneamiento deficiente, la higiene insuficiente o la exposición a productos químicos, son determinantes importantes de la salud infantil, y contribuyen a un 25%, aproximadamente, de la carga de morbilidad en menores de 5 años. Tras la publicación de *Inheriting the world: The atlas of children's health and the environment* [Herederos del mundo: atlas sobre la salud infantil y el medio ambiente], donde se resumían las medidas que han de tomar diferentes sectores, entre ellos el de la salud, para prevenir las enfermedades infantiles de origen medioambiental, una publicación posterior sobre exposiciones medioambientales evitables en la primera infancia¹ ha resumido las políticas sobre salud medioambiental más relevantes y factibles en el contexto de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Se ha introducido información actualizada sobre la salud infantil y el medio ambiente en el Observatorio Mundial de la Salud, y se están elaborando instrumentos de capacitación y estrategias que habiliten a los profesionales sanitarios para proteger la salud de los niños de los factores de riesgo medioambientales. Se ha seguido trabajando en la prevención primaria, sobre todo en relación con dos importantes agentes neurotóxicos; así, varios Estados han prohibido las pinturas con plomo y ratificado el Convenio de Minamata para reducir la exposición al mercurio. Hasta ahora, 37 ciudades se han unido a la campaña «Breathe Life», dirigida por la OMS, y a la Coalición Clima y Aire Limpio, que presta apoyo a las ciudades para que alcancen niveles seguros de calidad del aire para 2030 (en la actualidad, el 92% de la población mundial vive en lugares donde la contaminación del aire supera los límites recomendados en las directrices de la OMS), protegiendo así la salud respiratoria de los niños. La OMS convocará su primera Conferencia sobre Contaminación del Aire y Salud, que tendrá lugar en Ginebra del 30 de octubre al 1 de noviembre, y a lo largo de 2018 está prevista la publicación de orientaciones técnicas e instrumentos de capacitación sobre la contaminación del aire y la salud de los niños.

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

25. Las experiencias de la primera infancia tienen profundas repercusiones en el desarrollo cerebral e influyen en el aprendizaje, la salud, el comportamiento y, en última instancia, las relaciones sociales y los ingresos en la edad adulta. La inversión en el desarrollo en la primera infancia es para los países una de las formas más eficaces y eficientes de eliminar la pobreza extrema, estimular la prosperidad común y crear el capital humano necesario para la diversificación y el crecimiento económicos.

26. El desarrollo en la primera infancia abarca el periodo que va de la concepción a los 8 años de edad y engloba el desarrollo cognitivo, físico, socioemocional, motor, del habla y del temperamento. Los periodos que va de la concepción a los 3 años de edad son especialmente importantes, dado que es

¹ Poore KR, Hanson MA, Faustman EM, Neira M. Avoidable early life exposures, *The Lancet Planetary Health*, 2017; 1(5):e172-e173 ([http://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(17\)30048-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(17)30048-7/fulltext)), consultado el 17 de abril de 2018.

en este periodo cuando el cerebro se desarrolla a un ritmo vertiginoso y es más sensible al daño, así como a las intervenciones que mitigan los riesgos y optimizan el desarrollo.

27. 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.

28. 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 potenciales 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 para los países las pérdidas pueden llegar a ser el doble de lo que gastan actualmente de su producto interior bruto en salud o educación.

29. 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 prenatal y del recién nacido, la nutrición, la inmunización, la gestión de las enfermedades de la infancia, la salud mental de los padres, la prevención y atención de la infección por VIH y la seguridad y protección medioambientales) tienen repercusiones directas en el desarrollo infantil. Es más, el sector de la salud se encuentra en una posición inigualable para tener contactos regulares y llegar a las familias y los cuidadores durante los primeros años.

30. 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 y el UNICEF, con el apoyo de 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, han elaborado un marco mundial para los cuidados afectivos² que aporta una hoja de ruta para la acción y define cómo apoyar a los padres y a otros cuidadores en la prestación de cuidados afectivos a los niños pequeños. En él se describen las políticas y servicios, y las funciones de diversos sectores, prestando especial atención al periodo que va de la concepción a los 3 años y a la función singular e importante del sector de la salud. Se pide que se preste atención a las comunidades en las que los niños corren mayor riesgo de tener un desarrollo subóptimo, en particular los que se encuentran en situaciones de extrema pobreza, violencia, conflicto o desplazamiento. Asimismo, se presentan las necesidades especiales de los niños con dificultades y

¹ Lu CL, Black MM, Richter LM. 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*, 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 17 de abril de 2018.

² Nurturing care for early childhood development: Linking survive and thrive to transform health and human potential. In: *Maternal, newborn, child and adolescent health* [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/), consultado el 4 de mayo de 2018.

discapacidades relacionadas con el desarrollo, así como de sus cuidadores. Un proceso consultivo abierto y bifásico llevado a cabo a través de internet ha hecho posible que una gran variedad de partes interesadas hicieran sus aportaciones.¹ Todas las observaciones fueron cuidadosamente sintetizadas, examinadas y utilizadas.

31. Para respaldar la aplicación del marco, la OMS y los asociados están elaborando asimismo directrices y orientaciones operacionales disponibles sobre los cuidados afectivos en la primera infancia que pronto estarán disponibles y mostrarán cómo se pueden reforzar los servicios existentes para prestar apoyo al desarrollo en la primera infancia y lograr una mayor cobertura y calidad, en particular mediante la integración de intervenciones como la atención al desarrollo del niño y la atención a la salud mental de la madre. En colaboración con el UNICEF y otros expertos, la OMS también encabeza un esfuerzo mundial para definir un marco de medición y nuevos indicadores para evaluar el desarrollo en niños de 0 a 59 meses. El Banco Mundial y otras instituciones destacadas consideran que las inversiones financieras destinadas al desarrollo en la primera infancia siguen siendo mínimas en la mayoría de los países. Por consiguiente, es necesaria una sólida rendición de cuentas a todos los niveles, a fin de motivar y seguir los compromisos políticos y financieros, observar la aplicación y evaluar el impacto de las políticas e intervenciones pertinentes en el desarrollo de los niños y la reducción de las inequidades.

HACIA EL FUTURO

32. La atención obstétrica es esencial para mejorar la salud de la madre y del recién nacido.² Las evidencias indican que 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, derivándola a niveles asistenciales de emergencia de nivel superior solamente en caso de necesidad, conducen a mejores resultados para la madre y el recién nacido.^{3,4} Para explorar lo que se puede y debe hacer, se propone que la Secretaría informe a una futura Asamblea de la Salud sobre la aplicación de la Estrategia Mundial, prestando especial atención a la forma de extender la atención de partería en el contexto de la cobertura sanitaria universal.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

33. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

= = =

¹ Se celebraron consultas sobre el proyecto conceptual (24 de enero a 6 de febrero de 2018), seguidas de una consulta sobre el proyecto completo (12 a 26 de marzo de 2018).

² Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, *et al.* Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384: 1129-45.

³ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=55AB6E107F133BBBB02C7EDBA770D73?sequence=1>), consultado el 22 de marzo de 2018.

⁴ WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>), consultado el 22 de marzo de 2018.