

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)

Orientación para la aplicación en los países





©Hanalie Albiso



Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)

Orientación para la aplicación en los países



Versión oficial en español de la obra original en inglés

Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation

© World Health Organization 2017

ISBN: 978-92-4-151234-3

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países
ISBN: 978-92-75-32013-6

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Prefacio

Los adolescentes son más que niños grandes o adultos jóvenes. Esta idea, en apariencia tan sencilla, reviste una importancia capital en Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países, lo cual refleja que la salud de los adolescentes ha alcanzado la mayoría de edad dentro de la esfera mundial de la salud pública.

Durante años, los problemas de salud que conciernen especialmente a la adolescencia se han comprendido mal y, en algunos casos, se han pasado por alto, pero ahora la situación ha cambiado. La salud y el desarrollo de los adolescentes constituye parte integral de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) (la “estrategia mundial”) porque, en palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, “[los adolescentes] son fundamentales para todo lo que deseamos lograr y para el éxito general de la Agenda hasta 2030”.

¿Por qué “fundamentales”? Porque invertir en la salud de los adolescentes devenga un triple dividendo de beneficios: para los adolescentes ahora, para su vida adulta en el futuro y para la generación venidera. Su salud y su bienestar son motores de cambio en el impulso constructor de sociedades más saludables y más sostenibles.

En el 2014, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década, alertaba del riesgo de que se malograran algunos de los importantes avances obtenidos con los programas de salud materno-infantil si no se invertía igualmente en la salud de los adolescentes. Los últimos datos indican que cada día mueren más de 3 000 adolescentes por causas en gran medida prevenibles y que en esa época de la vida se consolidan o se adquieren muchos factores de riesgo que predisponen a padecer enfermedades más adelante, en la edad adulta. Además, es frecuente que no se preste atención a la salud y el bienestar mental de este grupo de edad.

La presente guía marca un hito en la puesta en práctica de la estrategia mundial. Contiene gran cantidad de información para los responsables de elaborar políticas, los profesionales, los investigadores, los educadores, los donantes y las organizaciones de la sociedad civil, e incluye los datos más actuales sobre las enfermedades y lesiones que más afectan a los adolescentes. La guía facilita la aplicación de la estrategia mundial porque aporta la información exhaustiva que necesitan los países para decidir qué medidas adoptar en pos de la salud de los adolescentes y cómo ponerlas en marcha. Aprovecha el trabajo que ya está realizándose para conseguir que los adolescentes sean capaces de Sobrevivir, Prosperar y Transformar las sociedades que habitan.

Aun así, la guía contiene mucho más que datos y cifras. Representa un cambio de paradigmas en nuestro pensamiento y nuestra planificación de la salud de los adolescentes.

En primer lugar, la Guía AA-HA! aborda la adolescencia no solo desde las perspectivas de salud pública convencionales, que estudian los factores de riesgo y de protección, sino que considera a los adolescentes como potentes activos sociales cuyas contribuciones pueden ser atendidas y fomentadas mediante una participación y un compromiso significativos. Para este documento se ha contado con cuantiosas y valiosas aportaciones de jóvenes y adolescentes, incluidos de los grupos vulnerables, lo cual refuerza el peso de las recomendaciones que en él se formulan.

En segundo lugar, la guía se distancia radicalmente de los programas tradicionales de salud para los adolescentes. Hasta hace poco, había que buscar puntos de acceso —como el VIH o la salud sexual y reproductiva— para obtener el financiamiento que permitiera abordar cuestiones más amplias de la salud en la adolescencia. Sostenemos que el triple dividendo de invertir en la salud de los adolescentes es suficiente justificación para dirigir la atención y los recursos a esta área, por derecho propio, en tanto que presentamos argumentos favorables a la adopción de un enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas”. En ese sentido, la guía recomienda las principales acciones que se necesitan en sectores tan diversos como la educación, la protección social, la planificación urbanística y la justicia penal, a fin de respetar, proteger y colmar el derecho de los adolescentes a la salud.

En tercer lugar, cada vez se hace más patente que los adolescentes sufren un riesgo desproporcionado en los entornos humanitarios y frágiles, en los que se ven expuestos a un menoscabo de su salud física y psíquica y a los acosos, las agresiones y las violaciones. Por eso, en esta guía se incluyen explícitamente algunas consideraciones específicas de los adolescentes sobre la planificación en dichos entornos.

Por último, esta guía no solo aporta información sobre lo que debe hacerse, sino que explica lo que ya está haciéndose. Más de 70 estudios de casos de todo el mundo proporcionan ejemplos concretos de la aplicación de estas recomendaciones por parte de los distintos países.

La colaboración entablada para elaborar esta guía interinstitucional sienta las condiciones para una nueva era mundial en la salud de los adolescentes. Coordinada por la OMS, la guía ha contado con la participación activa de los organismos de las Naciones Unidas, de organizaciones de la sociedad civil, de académicos, de Gobiernos y —lo más importante— de los propios jóvenes y adolescentes. Este modelo de participación coloca a los jóvenes en el puesto de mando, de acuerdo con la poderosa consigna “nada sobre nosotros sin nosotros”.

En la OMS, creemos que esto no es más que el comienzo. Confiamos en que esta colaboración crezca y prospere, para respaldar la aplicación de la Guía AA-HA! en los distintos países y conseguir que la salud y el desarrollo de los adolescentes siga en el centro de atención de los programas de acción sanitaria nacionales, regionales y mundiales.

Flavia Bustreo
Subdirectora General

Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño
Organización Mundial de la Salud

Índice

Prefacio	iii	4. Establecimiento de las prioridades nacionales	70
Agradecimientos	vii	4.1. Evaluación de las necesidades	72
Glosario	viii	4.2. Análisis del panorama	73
Resumen	ix	4.3. Establecimiento de prioridades	74
1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes	1	4.4. Consideraciones adicionales	76
1.1. Llamamiento para acelerar la acción en favor de la salud de los adolescentes	1	5. Programación nacional	78
1.2. ¿Por qué invertir en la salud de los adolescentes?	2	5.1. Marco lógico para trasladar las prioridades a los planes y programas	80
1.3. La adolescencia: una etapa evolutiva singular para el desarrollo humano	3	5.2. Liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales	84
1.4. Cargas de morbilidad y lesiones que afectan a los adolescentes	9	5.3. Liderazgo y participación de los adolescentes en la programación	86
1.5. Conceptualización de las intervenciones en favor de la salud de los adolescentes	10	5.4. Financiamiento para las prioridades de los adolescentes en los planes nacionales de salud y protección ante los riesgos financieros	88
1.6. Establecimiento de prioridades, ejecución y evaluación de los programas nacionales	11	5.5. Programación dentro del sector de la salud para lograr la cobertura universal de salud	91
2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo	12	5.6. Programación con otros sectores para abordar los determinantes más amplios de la salud	104
2.1. Cargas y factores de riesgo mundiales	13	5.7. Programación en entornos humanitarios y frágiles	117
2.2. Lesiones no intencionales	24	5.8. Enfoques de desarrollo positivo y transformadores de género	118
2.3. Violencia	25	6. Seguimiento, evaluación e investigación	120
2.4. Salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH	26	6.1. Seguimiento de los programas de salud de los adolescentes	121
2.5. Enfermedades transmisibles	28	6.2. Evaluación de los programas de salud de los adolescentes	128
2.6. Enfermedades no transmisibles y desnutrición	29	6.3. Áreas prioritarias para la investigación	130
2.7. Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas	30	6.4. Participación de los adolescentes en el seguimiento, la evaluación y la investigación	131
2.8. Cargas en entornos humanitarios y frágiles	31	7. Conclusiones	132
3. Intervenciones basadas en la evidencia	32	8. Bibliografía	134
3.1. Intervenciones de salud y desarrollo positivos	34		
3.2. Intervenciones contra las lesiones no intencionales	36		
3.3. Intervenciones contra la violencia	40		
3.4. Intervenciones de salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH	44		
3.5. Intervenciones contra las enfermedades transmisibles	51		
3.6. Intervenciones en materia de enfermedades no transmisibles, nutrición y actividad física	56		
3.7. Intervenciones en materia de salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas	62		
3.8. Intervenciones en entornos humanitarios y frágiles	67		

Los anexos 1 a 6 y apéndices I a IV pueden consultarse en línea en la dirección siguiente: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países

Anexos 1-6 y Apéndices I-IV

Anexo 1. Información adicional acerca de la de la Guía AA-HA! para facilitar su aplicación y promover el desarrollo de los adolescentes en los países

Anexo 2. Información adicional acerca de la carga de morbilidad y lesiones

Anexo 3. Información adicional acerca de intervenciones basadas en la evidencia

Anexo 4. Información adicional acerca del establecimiento de prioridades nacionales

Anexo 5. Información adicional acerca de la elaboración de programas nacionales

Anexo 6. Información adicional acerca del seguimiento, la evaluación y la investigación

Apéndice I. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente: áreas de acción, ingredientes de su marco operativo para la acción y objetivos de la ejecución

Apéndice II. Intervenciones más amplias de la estrategia mundial que son importantes para la salud de los adolescentes

Apéndice III. Países de las Regiones de la OMS agrupados según su nivel de ingresos en los análisis de las Estimaciones Mundiales de Salud del 2015

Apéndice IV. Lista de estudios de casos de intervenciones o programas de salud de los adolescentes en los países



Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desea expresar su agradecimiento a todas las personas que han contribuido al presente documento.

Autores: Mary Louisa Plummer (asesora independiente), Valentina Baltag (OMS), Kathleen Strong (OMS), Bruce Dick (asesor independiente) y David Ross (OMS).

Grupo de trabajo interno de la OMS: Jamela Al-Raiby (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental); Annabel Baddeley (Programa Mundial contra la Tuberculosis); Rachel Baggaley (departamento de VIH); Anshu Banerjee (grupo orgánico de Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño); Paul Bloem (departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos); Marie Brune Drisse (departamento de Salud Pública y Determinantes Ambientales y Sociales de la Salud); Sonja Caffè (Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud); Venkatraman Chandra-Mouli (departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Michelle Hindin (departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Kid Kohl (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Theadora Swift Koller (Unidad de Género, Equidad y Derechos Humanos); Shyama Kuruvilla (grupo orgánico de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño); Blerta Maliqi (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Symplice Mbola Mbassi (Oficina Regional para África); David Meddings (departamento de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Rajesh Mehta (Oficina Regional para Asia Sudoriental); Martina Penazzato (departamento de VIH); Neena Raina (Oficina Regional para Asia Sudoriental); Pura Rayco-Solon (departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo); Lale Say (departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Chiara Servili (departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias); Howard Sobel (Oficina Regional para el Pacífico Occidental); Karin Stenberg (departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud); Andreas Ullrich (grupo orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental); Temo Waqanivalu (departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles) y Martin Weber (Oficina Regional para Europa).

Grupo consultivo externo: Ana Milena Aguilar Rivera (Banco Mundial); Monika Arora (Fundación de Salud Pública de la India); Angela Bayer (Universidad de California, Estados Unidos); Margaret Bolaji (estudiante, Nigeria); Doortje Braeken (Federación Internacional de Planificación de la Familia); Nazneen Damji (ONU Mujeres); Nonhlanhla Dlamini (Departamento de Salud, Sudáfrica); Danielle Engel (UNFPA); Gogontlejang Phaladi (Proyecto "Gogontlejang Phaladi Pillar of Hope", Botswana); Vandana Gurnani (Secretaría Adjunta, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India); Joanna Herat (UNESCO); Caroline Kabiru (Centro de Investigación sobre Población y Salud de África, Kenya); Song Li (Departamento de Salud Materno-infantil, China); Matilde Maddaleno (Gobierno de Chile); Meheret Melles y Anshu Mohan (Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño); Tatiana Moura (Promundo, Brasil); Edgar Necochea (Jhpiego); Shane Norris (Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica); Ruben Pages Ramos (ONUSIDA); George Patton (Universidad de Melbourne, Australia); Jan Pelozo (estudiante, Eslovenia); Martín Sabignoso (Programa SUMAR, Argentina); Majzoubeh Taheri (Ministerio de Salud, República Islámica del Irán); Daniel Tobón García (Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Colombia); Helen Walker (Departamento de Salud, Reino Unido); William Wai Hoi Yeung (estudiante, Australia); Nabila Zaka (UNICEF); Tatiana Zatic (Ministerio de Salud, República de Moldova) y Qiuling Zhang (Handicap International).

Aporte técnico adicional (OMS): Flavia Bustreo (grupo orgánico de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño); Alexander Butchart (departamento de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Luciana Campello R. de Almeida (Oficina de la OMS en el Brasil);

Anthony Costello (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Theresa Diaz (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Tarun Dua (departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias); Wahyu Retno Mahanani y Colin Mathers (grupo orgánico de Sistemas de Salud e Innovación); Leendert Maarten Nederveen (departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles); Laura Pacione (departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias); Margaret Mary Peden (departamento de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Juan Pablo Peña-Rosas (departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo); Anayda Portela (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Vladimir Poznyak (departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias); Julia Samuelson (departamento de VIH); Soosmita Sinha y Marcus Stahlofer (departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente); Sarah Watts (departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias) y Anne-Marie Worning (grupo orgánico de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño).

Revisión experta adicional (externa a la OMS): Peter Azzopardi (Murdoch Children's Research Institute); Mychelle Farmer (Jhpiego); Nina Ferencic (UNICEF); Jane Ferguson (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido); Nicola Gray (Sociedad de Salud y Medicina de la Adolescencia, Estados Unidos); Meghan Greeley (Jhpiego); Gwyn Hainsworth (Fundación Bill y Melinda Gates); Catherine Lane (USAID); Thiago Luchesi (Save the Children); Douglas McCall (Red Internacional de Salud Escolar); Mary Mahy (ONUSIDA); Ali Mokdad (Universidad de Washington, Estados Unidos); Rukayah Sarumi (Save the Children); Susan Sawyer (Universidad de Melbourne, Australia); Amy Uccello (USAID) y Rachel Wood (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos).

Encargo de investigación: Análisis secundario de los datos del Estudio Mundial sobre la Adolescencia Temprana (Global Early Adolescent Study) a cargo de Robert Blum (Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos); talleres con adolescentes jóvenes y vulnerables, a cargo de Kristin Mmari (Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos), y resultados de dos encuestas en línea, Jones Adjei (asesor independiente).

Talleres de consulta con adolescentes jóvenes y vulnerables y contribuciones a la elaboración de la versión sobre adolescentes de la Guía AA-HA!: Colectivo Torchlight, No Excuse (Eslovenia); Academia para Desarrollo Sanitario (Nigeria); Fundación Niñas Sin Miedo (Colombia); Universidad Politécnica de Hong Kong (región administrativa especial de China); Sharek Youth Forum (Cisjordania y Franja de Gaza); Youth Lead (Tailandia) y Centro Internacional de la Infancia (Turquía).

Participantes de las consultas mundiales: Adolescentes y jóvenes, proveedores de atención de salud y representantes de los Gobiernos, de organizaciones (sociedad civil, sector privado y académico) y de organismos donantes que participaron en las dos consultas mundiales en línea o en las consultas regionales que se celebraron en cada una de las regiones de la OMS.

Asistencia administrativa: Brenda Nahataba, Susan Helary y Tania Teninge.

Pasantes: Francesca Cucchiara, Sophie Remoué, Serena Sherry, Divya Sisodia y Natalie Yap.

Apoyo financiero: Fundación Bill y Melinda Gates y USAID

Glosario

Adolescencia: Se entiende por adolescencia la edad comprendida entre los 10 y los 19 años. La "primera adolescencia" abarca de los 10 a los 14 años ("adolescentes jóvenes"), mientras que la "segunda adolescencia" va de los 15 a los 19 ("adolescentes mayores"). El cuadro A muestra cómo el término "adolescente" se relaciona con los términos "niño", "joven", "adulto joven" y "persona joven".

Cuadro A. Edades abarcadas por los términos "niño", "adolescente", "joven", "adulto joven" y "persona joven"/young person

TIPO DE PERSONA JOVEN	EDAD EN AÑOS															
	0-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Niño	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Adolescente		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Joven						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Adulto joven											■	■	■	■	■	■
Persona joven																

Fuente: (1).

Carga de morbilidad o de lesiones: Repercusiones de un problema de salud en una población, medidas según las tasas de la mortalidad y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (véase más adelante). No se limita a las enfermedades, sino que también incluye otras cargas, como la discapacidad causada por lesiones.

Nivel de ingresos del país: Se define según un ingreso nacional bruto per cápita en el 2014 de US\$ 1 045 o menos (países de bajos ingresos), de US\$ 1 046 a US\$ 4 125 (países de ingresos medianos bajos), de US\$ 4 126 a US\$ 12 735 (países de ingresos medianos altos) y de US\$ 12 736 o más (países de ingresos altos) (2).

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD): Medida que combina los años de vida calculados perdidos por la muerte prematura y los años de vida calculados vividos en estados de salud inferiores a la salud óptima (3). La suma de los AVAD de una población es una manera de medir la brecha entre el estado de salud actual y una situación sanitaria ideal en la cual toda la población vive hasta alcanzar una edad avanzada, libre de enfermedades y discapacidad.

Dividendo demográfico: Crecimiento económico acelerado que puede ser resultado de una disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad en un país y un cambio posterior en la composición de la población por edades. Con menos nacimientos cada año, la población joven dependiente de un país se torna más pequeña en relación con la población en edad de trabajar. Cuando son menos las personas que deben prestar apoyo a otras, el país tiene una oportunidad de crecimiento económico rápido (4).

Transición demográfica: Cambio en la estructura de la población; por ejemplo, cambio en la población que se tiene lugar cuando en un país las tasas altas de fecundidad y de mortalidad se vuelven tasas bajas y cuando se pasa de un sistema económico preindustrial a uno industrializado (4).

Determinante: Todo factor que pueda afectar a la salud de los adolescentes y sus comunidades, como los factores sociales, económicos, ambientales y personales. Hay determinantes en diferentes niveles ecológicos. Por ejemplo: las características individuales (como la edad, las creencias, los ingresos y la condición social, la educación, las redes de apoyo social, la herencia genética, los servicios de salud y el sexo de las personas); el entorno inmediato (p. ej., los progenitores, los profesores, los compañeros); los valores y las normas sociales (como las normas de género que restringen el acceso de las niñas a la educación, estimular a los varones a correr riesgos relacionados con la salud); las políticas y las leyes (p. ej., las concernientes al tabaco y las bebidas alcohólicas), factores macrosociales (p. ej., la distribución de dinero y recursos) y el entorno físico y biológico (p. ej., la prevalencia de la malaria, el acceso a instalaciones sanitarias adecuadas durante la menstruación). Algunos determinantes quizá estén interrelacionados y juntos pueden afectar al desarrollo de los adolescentes y a su capacidad para aprender y adquirir aptitudes (5).

Situación de emergencia: Suceso en uno o varios países con consecuencias para la salud pública que pueden variar de mínimas (grado 1) a considerables (grado 3), que la OMS ha determinado que requiere una respuesta. En los meses inmediatamente posteriores a la definición de la gravedad de una situación de emergencia, se considera que es urgente abordarla. Cuando hay probabilidades de que continúe por más de seis meses, se puede cambiar su grado y reclasificarla como prolongada (6).

Transición epidemiológica: Cambio epidemiológico, por ejemplo de la mortalidad, principalmente debido a enfermedades infecciosas agudas causadas en especial por enfermedades crónicas, no infecciosas, degenerativas, que ocurre como resultado de niveles de vida más altos y de la introducción de prácticas médicas y de salud pública en las naciones de ingresos altos (7).

Equidad: Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en grupos de personas definidos desde un punto de vista social, económico, demográfico o geográfico o mediante otra forma de estratificación. La equidad en salud significa que idealmente todos tienen la misma oportunidad de concretar su potencial total de salud y que nadie debe estar en desventaja en ello (8).

Intervención basada en la evidencia: Intervenciones calificadas como eficaces mediante una evaluación rigurosa. Los criterios particulares usados para evaluar la eficacia varían según numerosos factores, como el tipo de trastorno de salud, la intervención y los datos disponibles. Por ejemplo, se puede considerar que hay pruebas fehacientes de la eficacia de una intervención biomédica cuando múltiples ensayos experimentales han demostrado sistemáticamente que hubo repercusiones positivas en los resultados deseados (9). Sin embargo, esas investigaciones no siempre son factibles, en particular en campos no biomédicos en los que puede existir una larga y compleja trayectoria causal entre la ejecución de una intervención y cualquier posible repercusión sobre la salud de la población (5). En esos casos, se pueden usar otros criterios para identificar las intervenciones con pruebas más fehacientes de su eficacia.

Función del sistema de salud: Esta es una finalidad y una actividad clave de los sistemas de salud. La OMS identifica cuatro funciones como fundamentales para los sistemas de salud: prestar servicios, generar recursos humanos y materiales que posibiliten la prestación de los servicios, reunir y mancomunar los recursos usados para pagar por la atención de salud y ejercer la rectoría (es decir, establecer y hacer cumplir las reglas y proporcionar orientación estratégica a todos los actores). Estas funciones se cumplen en la búsqueda de tres metas: la salud, la capacidad de respuesta y un financiamiento justo (10).

Fortalecimiento de los sistemas de salud: Proceso de definir y realizar cambios en la política y la práctica en el sistema de salud de un país, para que este pueda responder mejor a los retos que afronta el sistema de salud. El fortalecimiento de los sistemas de salud también se puede definir como todo conjunto de iniciativas y estrategias que mejoren el funcionamiento de un sistema de salud y conduzcan a una mejor salud (10).

Entornos humanitarios y frágiles: Entornos que enfrentan conmociones y desastres ambientales, económicos y sociales. Esos entornos incluyen conflictos y situaciones posteriores a los conflictos, crisis transnacionales, países que han experimentado uno o más desastres naturales graves y situaciones de prolongada inestabilidad socioeconómica y política. En tales entornos, los retos de salud son particularmente agudos en las poblaciones migrantes, las comunidades desplazadas dentro de su país y las poblaciones de refugiados o de campamentos temporales (11).

Programa: Conjunto coordinado e integral de estrategias, actividades y servicios de salud planificados y secuenciales, concebidos para alcanzar objetivos y metas bien definidos. Un programa nacional generalmente cuenta con coordinadores nacionales, subnacionales y locales y financiamiento destinado a apoyar las actividades planificadas. En el sector de la salud, a menudo se usa el término "programa nacional de salud" para los componentes nacionales del sistema de atención de salud que administran servicios específicos (p. ej., programas nacionales para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud de los adolescentes o de salud escolar) (10).

Programación: Etapa del ciclo de planificación de un sector en el cual las prioridades recientemente determinadas se traducen en planes operativos (10). La programación y el programa se superponen, pero no son conceptos idénticos; la programación (p. ej., para la salud de los adolescentes) puede existir en ausencia de un programa específico, como parte de los ciclos de planificación estratégica y operativa del sector.

Factor protector: Factor que promueve y mantiene los comportamientos positivos, reduce el riesgo de comportamientos y resultados negativos con respecto a la salud, disminuye los efectos de los resultados negativos y ayuda a recuperarse de esos efectos. Son ejemplos de factores protectores de la salud de los adolescentes las relaciones significativas basadas en la consideración mutua, las estructuras y los límites, las oportunidades de participar y contribuir y el estímulo de la autoexpresión (28).

Factor de riesgo: Atributo, característica o exposición que aumenta las probabilidades de que una persona sufra un resultado negativo en materia de salud, ya sea inmediatamente o en el futuro. Algunos trastornos pueden ser tanto un factor de riesgo como una carga de enfermedad. Por ejemplo, la anemia ferropénica es un factor de riesgo de muerte o discapacidad causada por una hemorragia posparto, pero también provoca lasitud y debilidad (13).

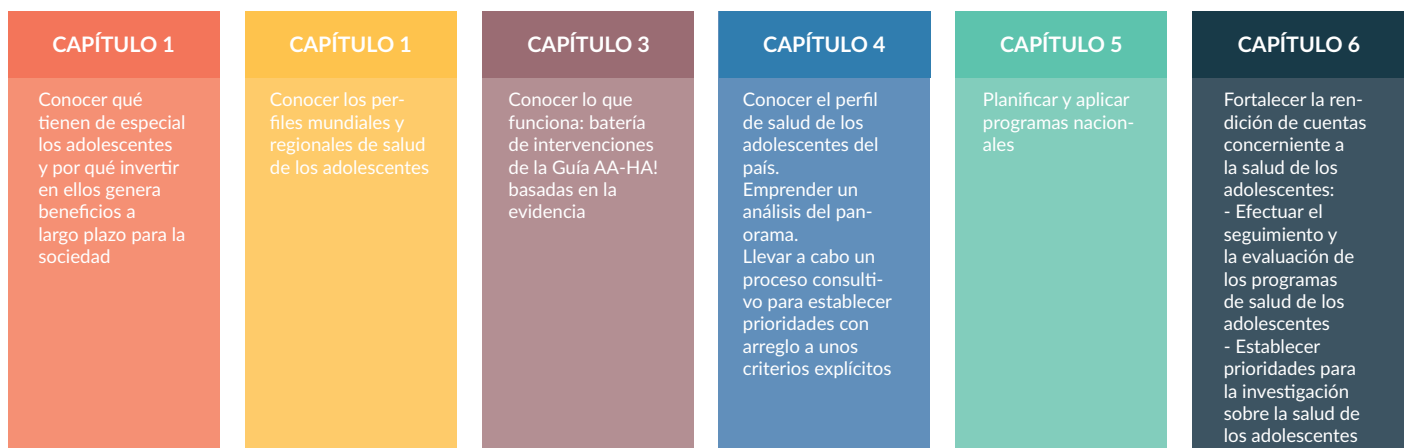
Resumen

No será posible materializar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —que persiguen el desarrollo económico, social y ambiental sostenible de todo el mundo para el 2030— si no se invierte en la salud y el bienestar de los adolescentes. Para ello, será fundamental la programación en materia de salud de los adolescentes, tanto dentro del sector de la salud como en otros sectores. Con este fin, se debe normalizar, en todos los aspectos de su trabajo, la atención a las necesidades de este colectivo. En el 2015 se puso en marcha, a fin de apoyar los ODS, la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), que supone una oportunidad sin precedentes de mejorar la salud de los adolescentes y de responder con mayor eficacia a sus necesidades. La estrategia mundial contempla un mundo en el que todas las mujeres, todos los niños y todos los adolescentes vean colmados sus derechos a la salud física y psíquica y considera que los adolescentes son fundamentales para la consecución de los ODS. Para respaldar la ejecución de las metas específicas de la estrategia mundial relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes, y en respuesta a la solicitud de los Estados Miembros planteada en la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2015¹, los asociados de las Naciones Unidas, bajo la dirección de la Organización Mundial de la Salud, han elaborado una guía para que los países apliquen las medidas aceleradas a favor de la salud de los adolescentes (la Guía AA-HA!). Para ello, han contado con las aportaciones de importantes consultas con los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los adolescentes y jóvenes, la sociedad civil y otras personas y entidades.

Cómo usar la Guía AA-HA! de orientación para la aplicación en los países

El objetivo de la Guía AA-HA! es ayudar a los Gobiernos a decidir qué acciones planificar —y cómo planificarlas— en su respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes en sus países. Pretende servir como documento de referencia para los responsables de elaborar políticas y los directores de programas a nivel nacional, a fin de ayudarles en la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas en materia de salud de los adolescentes. Después de una breve introducción, en la que se resumen los principales argumentos a favor de invertir en la salud de los adolescentes, se detallan los pasos más importantes para conocer el perfil epidemiológico del país, emprender un análisis del panorama para determinar qué acciones están realizándose ya y quiénes las están realizando, llevar a cabo un proceso consultivo para establecer prioridades y planificar, ejecutar, vigilar y evaluar los programas nacionales de salud pensados para los adolescentes. El trabajo concluye presentando las principales prioridades para la investigación (figura A). Además, se exponen casos prácticos para ilustrar que las recomendaciones formuladas pueden trasladarse a la práctica y que en algunos casos ya se ha hecho así.

Figura A. Enfoque sistemático para acelerar las medidas en favor de la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)



Liderazgo y participación de los adolescentes y los jóvenes

Abordar las necesidades de salud de los adolescentes en los entornos humanitarios y frágiles

¹ Véase el acta resumida de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, comisión A, reuniones 10.^a y 11.^a (documento WHA68/2015/REC/3).

Resumen

Aplicar juntos la Guía AA-HA!: Siete mensajes generales

Al comienzo de cada uno de los seis capítulos de la Guía AA-HA!, se resumen los mensajes más importantes, que a su vez pueden sintetizarse en siete mensajes generales bajo el lema Aplicar juntos la Guía AA-HA! (figura B).

Figura B. Aplicar juntos la Guía AA-HA!: Mensajes generales



Participación de los adolescentes

La participación significativa de los adolescentes en todos los aspectos del desarrollo propio y de sus comunidades reporta beneficios múltiples. Desde una perspectiva operativa, contribuye a mejorar las decisiones y las políticas. También permite a los responsables conocer los puntos de vista de los adolescentes, sus ideas y sus experiencias, redundando en una mejor comprensión de sus problemáticas y en mejores soluciones. Además, respetando los puntos de vista de los adolescentes en lo relativo a su atención de salud, se consigue que más individuos de este grupo de edad soliciten información y servicios y permanezcan dentro del sistema.

Los países deben velar por que se incluyan las expectativas y los puntos de vista de los adolescentes en los procesos nacionales de programación. Es preciso institucionalizar y apoyar activamente su liderazgo y su participación en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas de salud pensados para ellos.

Desde una perspectiva del desarrollo, la participación de los adolescentes mejora las relaciones con los adultos, fomenta sus aptitudes de liderazgo, su motivación y su autoestima y les permite desarrollar las competencias y la confianza que necesitan para desempeñar un papel activo, positivo y prosocial. Todo esto tiene una importante influencia benéfica en su desarrollo social y emocional.

Desde una perspectiva ética y de derechos humanos, el derecho de los adolescentes a participar en la toma de decisiones está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y reforzado en la reciente observación general sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. Apoyar este derecho es una manera de promover la igualdad en la salud. Las causas profundas de las inequidades radican en la desigual distribución del poder, de la riqueza y de los recursos. Por consiguiente, el involucramiento, el empoderamiento y la participación significativa de todos los adolescentes —tanto los chicos como las chicas y también los más vulnerables— constituyen uno de los mecanismos para lograr la igualdad.



Resumen

Capítulo 1.

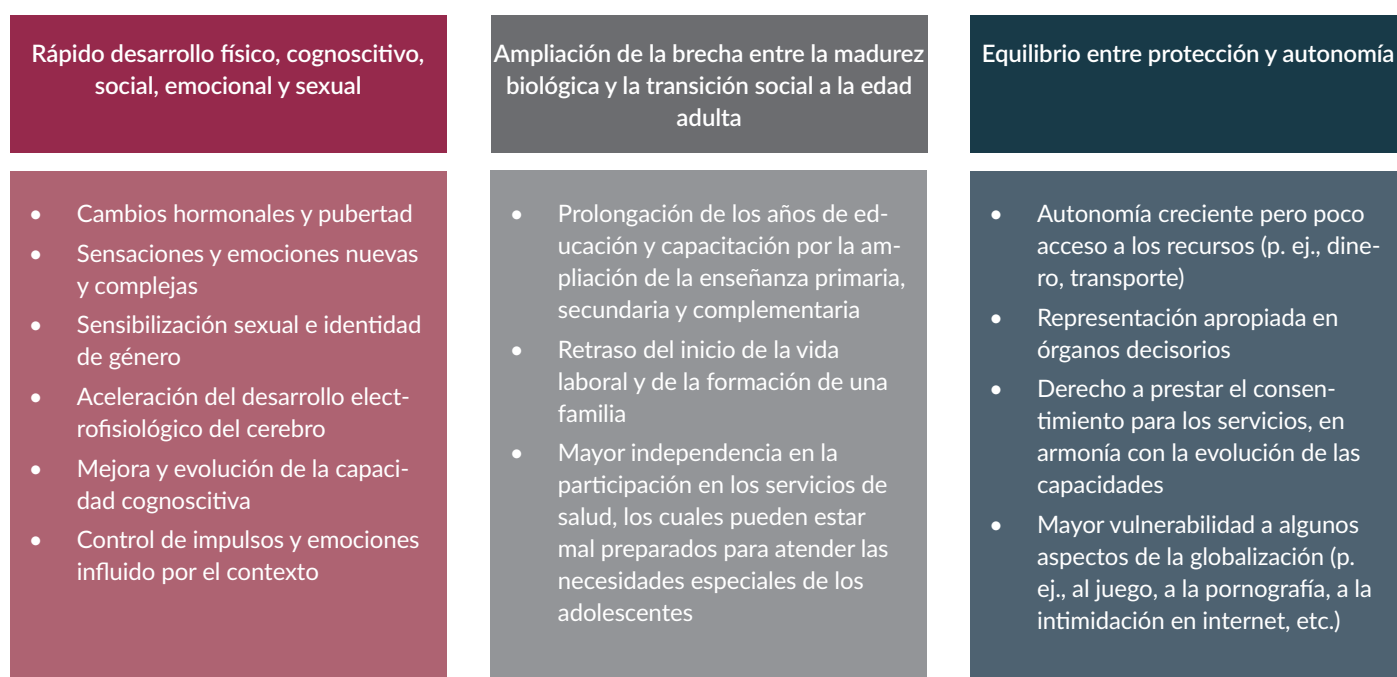
Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente representan una oportunidad única para acelerar la acción a favor de la salud de los adolescentes. La adolescencia es una de las etapas evolutivas en las que más rápido se transforma la persona. El desarrollo físico, cognoscitivo, social, emocional y sexual que tiene lugar en esta etapa (figura C) exige que se le preste una atención especial en las políticas, los programas y los planes de desarrollo nacional.

Invertir en la salud de los adolescentes servirá para aprovechar y afianzar los logros conseguidos en la salud de los niños pequeños y, además, permitirá que los adolescentes se conviertan en adultos sanos y con recursos para contribuir positivamente a la sociedad. Dicha inversión reporta un triple dividendo de beneficios: para los adolescentes ahora; para su vida adulta en el futuro, y para su descendencia.

Si bien todavía se necesita seguir investigando, existen intervenciones de eficacia demostrada para que los países actúen ahora a fin de proteger y promover la salud de sus adolescentes.

Figura C. ¿Qué tienen de especial los adolescentes?



Capítulo 2.

Cargas de morbilidad, lesiones y factores de riesgo en la adolescencia

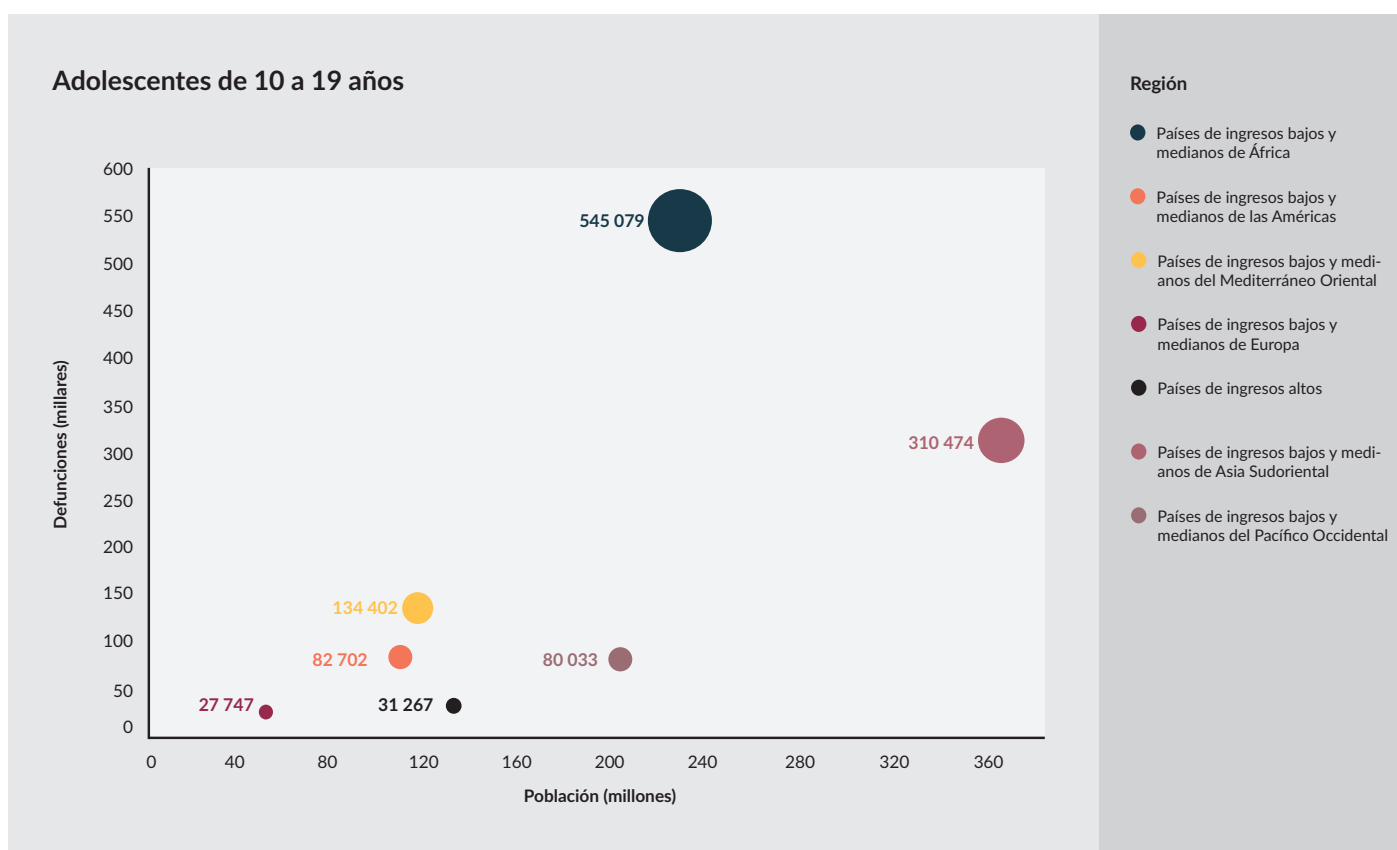
Gran parte de las enfermedades y las lesiones que afectan a los adolescentes son prevenibles o tratables, pero es habitual que no se les preste suficiente atención. Estas cargas requieren de una atención y una inversión constantes. En el 2015, murieron más de 1,2 millones de adolescentes.

Los accidentes de tránsito fueron la principal causa de defunción entre los varones, tanto en la primera como en la segunda adolescencia, mientras que, para las chicas, lo fueron las infecciones de las vías respiratorias inferiores en la primera adolescencia y las afecciones maternas en la segunda adolescencia.

Algunas causas afectan especialmente a los varones (p. ej., los ahogamientos) o a las chicas (p. ej., las afecciones maternas), mientras que otras afectan a los adolescentes más jóvenes (p. ej., las infecciones de las vías respiratorias inferiores) o a los más mayores (p. ej., la violencia interpersonal y las conductas autolesivas (véanse el cuadro 2.1 y la figura 2.1 en el capítulo 2). Estos resultados demuestran que es fundamental desglosar los datos para detectar las necesidades de salud y las prioridades de intervención de los diferentes grupos de adolescentes.

Las cargas de morbilidad en la adolescencia varían enormemente en todo el mundo. Más de dos terceras partes de las defunciones de adolescentes se producen en los países de ingresos bajos y medianos de África (45%) y del Asia Sudoriental (26%), regiones que concentran, respectivamente, el 19% y el 30% de la población adolescente de todo el mundo (figura D).

Figura D. Defunciones de adolescentes, por tamaño de población y región de la OMS modificada (estimación del 2015)



Algunos problemas representan cargas graves en la mayoría de los grupos de adolescentes y en todo el mundo. Por ejemplo, los accidentes de tránsito, las conductas autolesivas y los ahogamientos son causas importantes de muerte en todas las regiones o en la mayoría (véanse el cuadro 2.3 y la figura 2.3 en el capítulo 2). Por el contrario, algunas causas de mortalidad, como las anomalías congénitas, solo presentan tasas elevadas en algunas regiones, pero siguen siendo causas importantes en las regiones más afectadas por dichas cargas, como son los países de ingresos bajos y medianos de África y de Asia Sudoriental.

Algunos problemas solo figuran entre las cinco primeras causas de muerte en algunas regiones, por ejemplo: las meningitis y el sida en los países de ingresos bajos y medianos de África; las enfermedades diarreicas y la tuberculosis en los de Asia Sudoriental; la violencia interpersonal en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos y medianos de las Américas y del Mediterráneo Oriental; la violencia colectiva y las intervenciones legales en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, y la leucemia en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental.

Resumen

En la figura E se muestran, por edades y sexos, las causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), un indicador descriptivo que combina la carga de morbilidad con la de mortalidad; en la figura F, se muestran las causas por regiones de la OMS modificadas.

Figura E. Cinco primeras causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en los adolescentes, por sexos y edades (estimación de 2015)

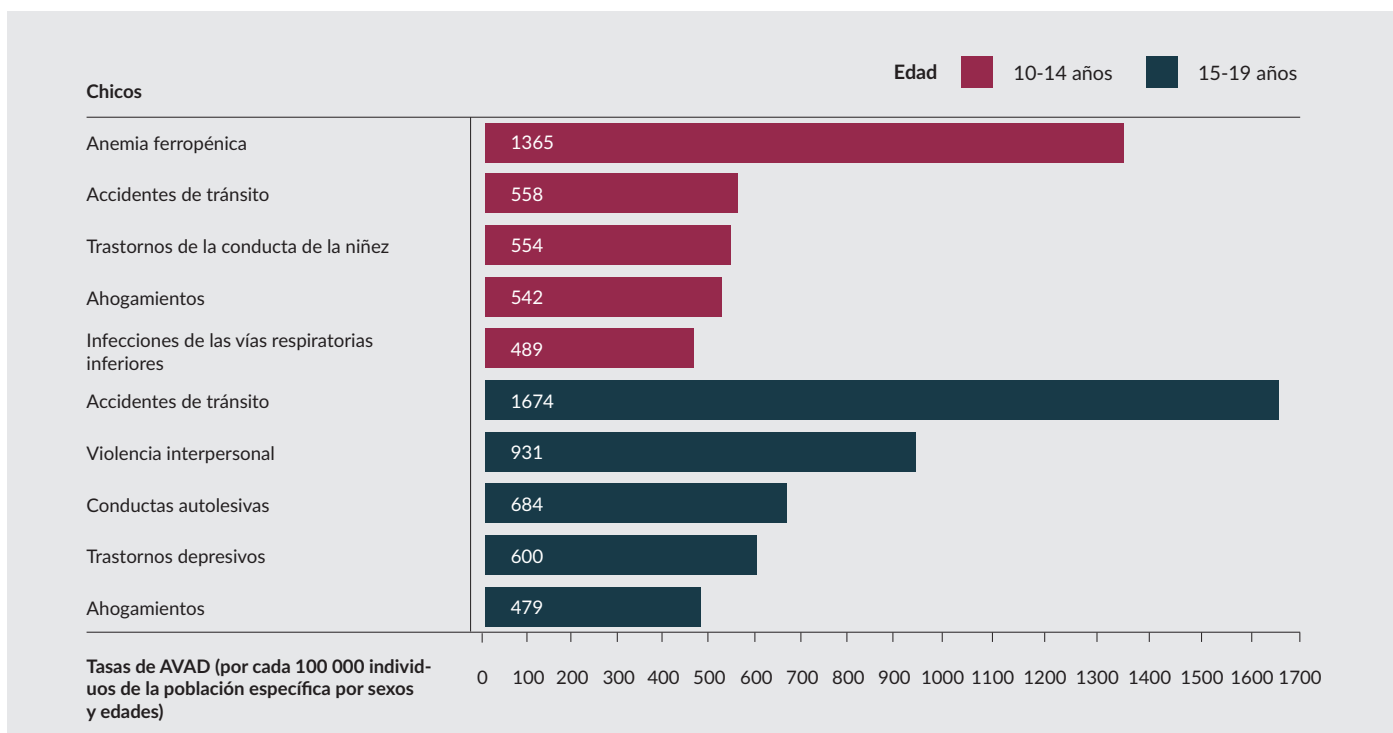
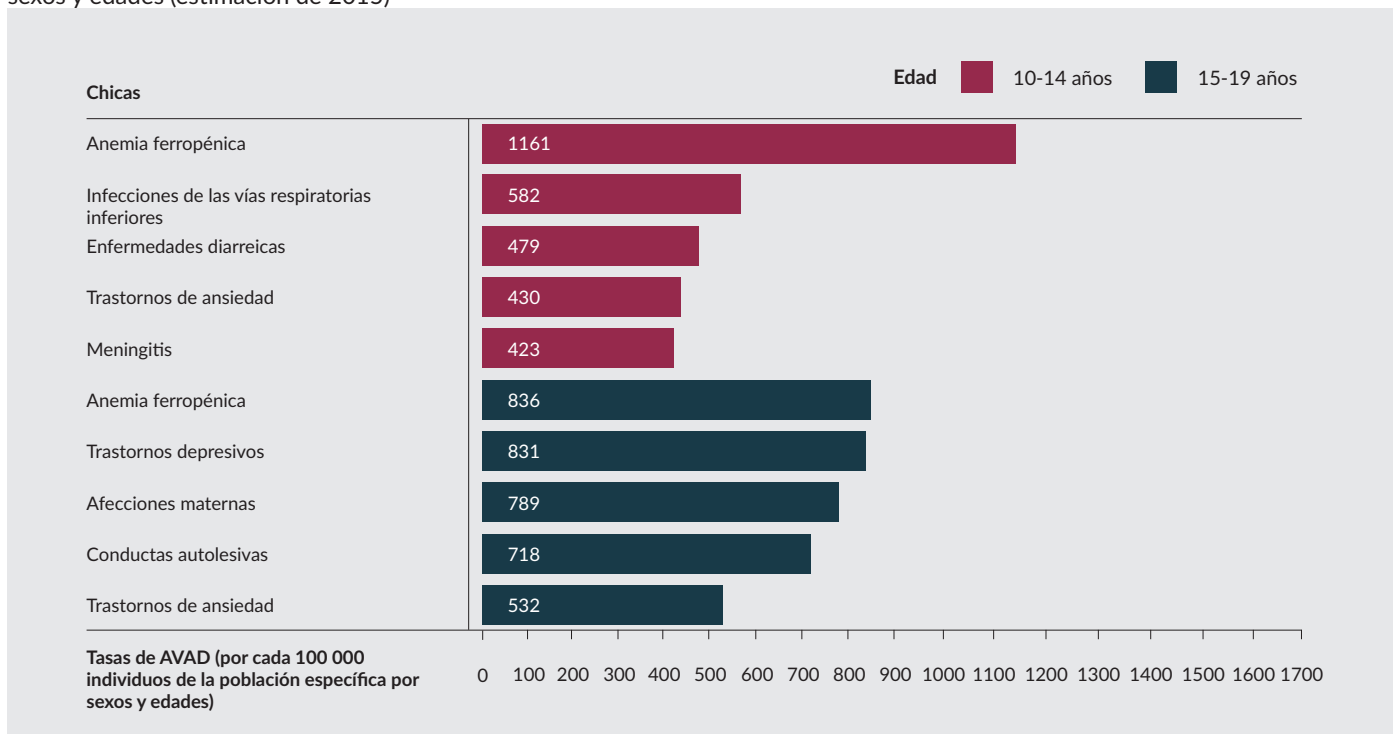
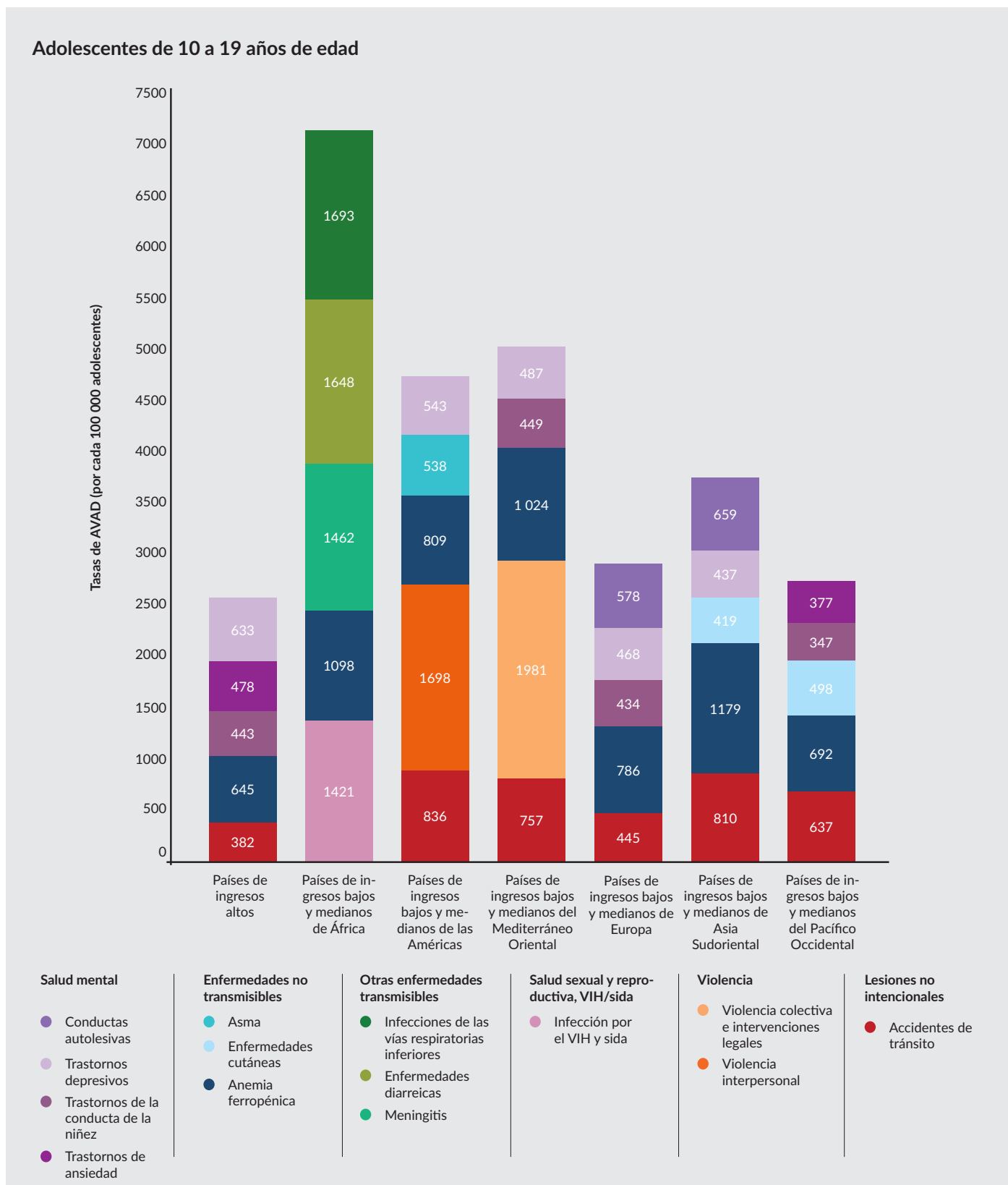


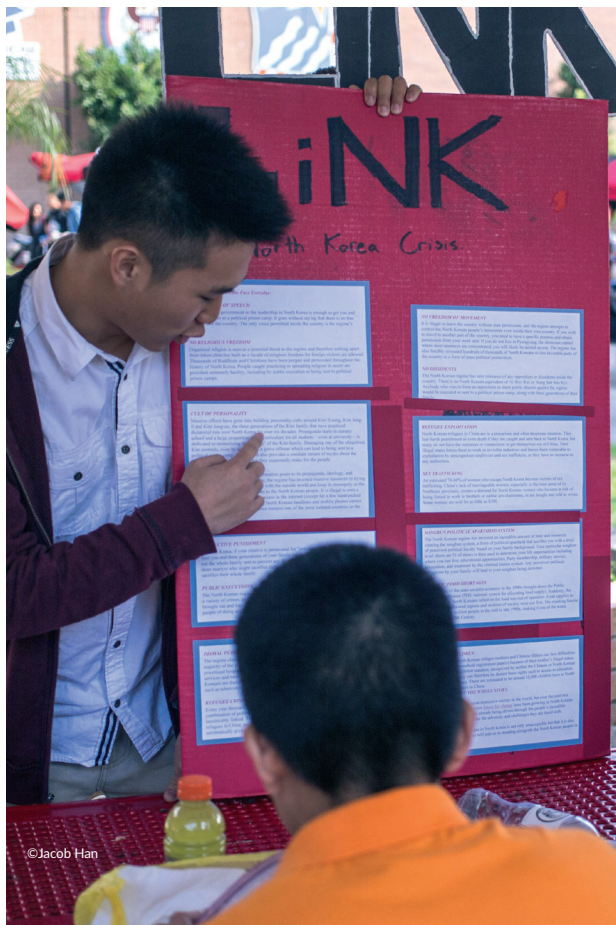
Figura F. Cinco primeras causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en los adolescentes, por regiones de la OMS modificadas (estimación de 2015)



Resumen

En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad del 2013 se han analizado determinados factores de riesgo de las cargas de morbilidad. Para los adolescentes de 10-14 años, la contaminación del agua, el mal estado de las instalaciones de saneamiento y el lavado inadecuado de las manos se encuentran entre los principales factores de riesgo para la salud, tanto de mortalidad como de pérdida de AVAD y tanto para los chicos como para las chicas. Otros factores ambientales (p. ej., la contaminación del aire y la exposición al plomo), la anemia ferropénica, la hiperglucemia en ayunas, la hipertensión, el consumo de alcohol, los abusos sexuales en la niñez y las prácticas sexuales peligrosas también son importantes en este grupo etario. Además, la mayoría de estos problemas también son factores de riesgo en la franja de 15-19 años de edad.

Sin embargo, en la segunda adolescencia también cabe destacar las conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, las prácticas sexuales peligrosas y, en menor grado, el consumo de drogas. Otros factores de riesgo que solo afectan a la segunda adolescencia son la violencia infligida por el compañero íntimo y los riesgos laborales, como la exposición a las toxinas y los accidentes de trabajo. Es importante recordar que algunos factores de riesgo o de protección que pueden ser muy importantes, como los relacionados con la familia y la escuela, no se hallaban entre los estudiados.



Algunos adolescentes son especialmente vulnerables y, por tanto, están más expuestos a los riesgos para la salud y tienen menos acceso a los servicios sanitarios, peores resultados en salud y peores repercusiones sociales como consecuencia de una mala salud. En este sentido, es habitual que haya desigualdades según el sexo, los ingresos, el nivel educativo y la residencia rural o urbana.

Los adolescentes especialmente vulnerables son:

- los que padecen discapacidades o enfermedades crónicas;
- los que viven en áreas remotas o afectadas por desastres naturales o conflictos armados con las consiguientes alteraciones sociales;
- los que sufren estigmatización y marginación por su orientación sexual, su identidad de género o su etnia;
- los que viven en régimen de internamiento o están expuestos a la violencia doméstica o al consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar;
- los que sufren explotación y abusos;
- los que se casan o emigran por trabajo o estudios sin apoyo social o familiar;
- los que sufren discriminación por motivos de raza o etnia;
- los que no estudian ni trabajan ni reciben capacitación;
- los que no disponen de acceso a los servicios sanitarios o de protección social.

Las necesidades de salud de los adolescentes se recrudecen en las situaciones de crisis humanitaria y en los entornos frágiles, en los que pueden experimentar vulnerabilidades múltiples y simultáneas.

Las necesidades de salud de los adolescentes cobran mayor intensidad en los entornos humanitarios y frágiles, sobre todo por las problemáticas siguientes: desnutrición; discapacidad; lesiones no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva (p. ej., embarazos precoces, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, abortos peligrosos, etc.); deficiencias de las instalaciones de agua y saneamiento y necesidades de salud relacionadas (p. ej., higiene menstrual), y trastornos mentales.

En los entornos humanitarios y frágiles, los adolescentes más vulnerables son: los más jóvenes (de 10 a 14 años); los discapacitados; los que pertenecen a minorías étnicas o religiosas; los combatientes y los que están vinculados con grupos armados; las niñas que han sido madres; los huérfanos; los que son jefes del hogar; los que han sufrido agresiones sexuales, tráfico de personas u otras formas de violencia de género; los que mantienen relaciones sexuales transaccionales; los que tienen relaciones íntimas con personas del mismo sexo, y los que están infectados por el VIH.

Capítulo 3.

Intervenciones basadas en la evidencia para favorecer la salud de los adolescentes

Aunque todavía hay lagunas importantes en los datos científicos, se ha demostrado la eficacia de muchas intervenciones para promover y proteger la salud de los adolescentes. Así, dichas lagunas no deben servir de excusa para no actuar, siempre que se elijan intervenciones basadas en la evidencia. La Guía AA-HA! resume: a) las intervenciones de desarrollo positivo que revisten importancia universal para todos los adolescentes; b) las 27 intervenciones de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente que guardan relación directa con la salud de los adolescentes, y c) las intervenciones a favor de la salud de los adolescentes que tienen especial importancia en los entornos humanitarios y frágiles (figura G). La figura G recoge ejemplos de intervenciones que abordan el desarrollo positivo, las seis grandes áreas de salud y las que tienen una prioridad especial en los entornos humanitarios y frágiles; la lista completa puede consultarse en el capítulo 3.

Figura G. Esquema de las intervenciones basadas en la evidencia que propone la Guía AA-HA!^a

Desarrollo positivo	Lesiones no intencionales	Violencia	Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud adaptados a los adolescentes Escuelas promotoras de la salud Intervenciones en materia de higiene y nutrición Protección de los menores en internet Intervenciones de eSalud y mSalud orientadas a la educación para la salud y la participación del adolescente en su propio cuidado Intervenciones sobre crianza de los hijos Participación de los adolescentes e intervenciones para promover la competencia, la confianza, la conexión, el carácter y la consideración/compasión 	<ul style="list-style-type: none"> Legislación sobre la edad mínima para consumir alcohol, la alcoholemia, el uso del cinturón de seguridad y el casco y concesión gradual de permisos de conducción Moderación de la velocidad de circulación y medidas de seguridad Atención prehospitalaria y hospitalaria Campañas dirigidas a la comunidad e intervenciones individuales para promover el cambio de comportamientos por la seguridad vial y buena legislación que facilite dichos cambios Medidas preventivas de los ahogamientos a nivel poblacional, comunitario e individual Evaluación y abordaje de los adolescentes que sufren lesiones no intencionales, incluidas las relacionadas con el alcohol Diseño y mejora de infraestructuras Normas de seguridad para los vehículos 	<p>Estrategias INSPIRE para prevenir y responder a todas las formas de violencia contra los niños y los adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicación y cumplimiento de las leyes: prohibición de los castigos violentos, penalización de los abusos sexuales y de la explotación de menores, prevención del consumo abusivo de alcohol, limitación del acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otros tipos Normas y valores: modificar la aceptación de normas sociales y de género restrictivas y nocivas, programas de movilización comunitaria, intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos Ambientes sin riesgos: abordar las "zonas críticas", interrumpir la propagación de la violencia, mejorar el entorno edificado. Apoyo a los padres y cuidadores con visitas a domicilio, enfoques comunitarios y programas integrales Refuerzo de los ingresos y del panorama económica: prestaciones en efectivo, ahorro y préstamos colectivos, microfinanzas Servicios de respuesta y de apoyo: detección e intervención, orientación y enfoques terapéuticos, programas para delinquentes jóvenes, intervenciones de tutelaje Educación y aptitudes para la vida: incrementar el nivel de escolarización, ambiente escolar seguro y favorable, capacitación para las aptitudes para la vida y la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> Educación integral sobre la sexualidad Información, orientación y servicios para la salud sexual y reproductiva integral, incluida la anticoncepción Prevención y respuesta a las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz o forzado Asistencia prenatal y durante el embarazo, el parto y el puerperio, aborto (en los territorios donde sea legal) y atención posterior al aborto, adaptada a las necesidades de las adolescentes Prevención, detección y tratamiento de las infecciones genitourinarias y de transmisión sexual, incluidos el VIH y la sífilis Circuncisión médica voluntaria para los varones, en los países afectados por una epidemia generalizada de VIH Atención integral a los menores con VIH (incluidos los adolescentes) o expuestos a la infección
Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles, nutrición y actividad física	Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas	Problemas de especial prioridad en los entornos humanitarios y frágiles
<ul style="list-style-type: none"> Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles, incluida la tuberculosis Vacunación sistemática, p. ej., contra el virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis B, la difteria y el tétanos, la rubéola y el sarampión Prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia, como la malaria, la neumonía, la meningitis y las diarreas Gestión de los casos de meningitis 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones a nivel estructural, ambiental, institucional, comunitario, interpersonal e individual para promover los hábitos saludables (p. ej., nutrición, actividad física y prevención del consumo de tabaco, alcohol o drogas) Prevención, detección y tratamiento de enfermedades no transmisibles Prevención, detección y tratamiento de la anemia, especialmente en las chicas; administración de suplementos de hierro en caso de necesidad Tratamiento y rehabilitación de los niños afectados por anomalías y discapacidades congénitas 	<ul style="list-style-type: none"> Atención a los niños con retrasos del desarrollo Cuidado receptivo y estimulación Apoyo psicosocial y servicios conexos para la salud y el bienestar mental de los adolescentes Educación parental, si procede, para gestionar los trastornos de la conducta de los adolescentes Medidas a nivel estructural, ambiental, institucional, comunitario, interpersonal e individual para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas Detección y tratamiento del consumo peligroso y perjudicial de sustancias psicoactivas Adopción de medidas a nivel estructural, ambiental, institucional, comunitario, interpersonal e individual para prevenir los suicidios en la adolescencia Abordaje de las conductas autolesivas y del riesgo de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los problemas de salud y garantía de una nutrición adecuada para los grupos de población adolescente según la edad, el sexo, el peso, los niveles de actividad física y otros factores determinantes Servicios de salud básicos para los adolescentes con discapacidades en situación de emergencia Revisión médica de menores que han sido combatientes, abordaje clínico y asistencia psicosocial ambulatoria para las víctimas de la violencia sexual o de género Cartera mínima inicial de servicios de salud sexual y reproductiva Accesibilidad, utilización y mantenimiento de aseos en condiciones de seguridad; materiales y equipos para la higiene menstrual y otras intervenciones para mejorar la calidad del agua, de las instalaciones sanitarias y de la higiene Promoción de la salud mental con actividades de ocio normales para adolescentes, la reinserción en la educación reglada o no reglada y la participación en actividades concretas para el bien común Primeros auxilios psicológicos y tratamiento de primera línea de los trastornos neuropsiquiátricos y las toxicomanías

^aSe proporcionan ejemplos de intervenciones dentro de cada área; la lista completa se encuentra en el capítulo 3

Resumen

Muchas intervenciones eficaces para promover la salud de los adolescentes son específicas de la adolescencia. Pueden estar dirigidas a toda la población adolescente (p. ej., la educación integral sobre sexualidad) o a subpoblaciones especialmente vulnerables (p. ej., los suplementos de hierro para las chicas pospúberes en zonas con alta prevalencia de anemia).

Sin embargo, para reducir algunas de las principales cargas que afectan a los adolescentes, conviene adaptar las intervenciones de la población general a las necesidades específicas de los adolescentes. Por ejemplo, puede ser necesario imponer un límite de alcoholemia más bajo para los conductores adolescentes o fomentar que se comunique el seroestado y se cumplan correctamente los tratamientos antirretrovirales entre los adolescentes con la infección por el VIH.

Además, para reducir otras cargas y factores de riesgo importantes en la adolescencia, las intervenciones dirigidas a todos los grupos de edad deben tener una calidad mínima y su cobertura debe ser universal. Esto incluye el cumplimiento de las leyes y las normas de circulación vial, la adecuación de la infraestructura de agua y saneamiento y la aprobación de disposiciones legales y reglamentarias que reduzcan la asequibilidad del tabaco, del alcohol y de los alimentos y bebidas poco saludables.

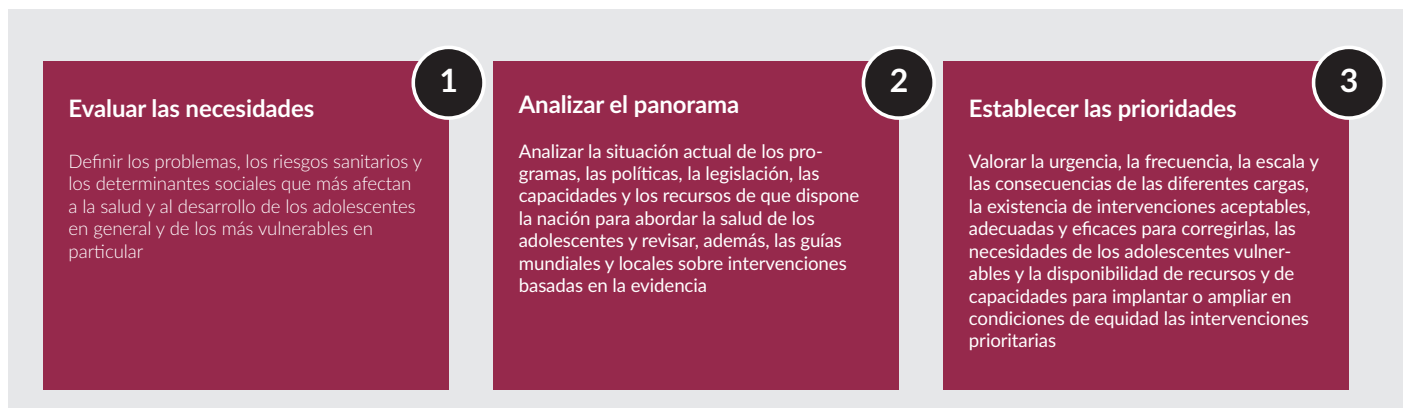
Los principales determinantes de la salud de los adolescentes se hallan fuera del propósito específico del sector de la salud, de modo que muchas intervenciones requieren necesariamente de la participación de otros sectores. El sector de la educación ejerce una influencia particularmente importante en el comportamiento, la salud y el bienestar de los adolescentes, porque sus profesionales llevan a cabo iniciativas intensivas, a largo plazo y de gran escala y porque la educación constituye, en sí misma, un determinante principal de la salud, tanto para la adolescencia como posteriormente, para la edad adulta.

Capítulo 4.

Establecer las prioridades nacionales para los programas de salud de los adolescentes

No existe un conjunto ideal de intervenciones que satisfaga las necesidades de todos los países, porque la naturaleza, la escala y la repercusión de las necesidades de salud de los adolescentes son diferentes en cada país. Además, todos los Gobiernos tienen recursos limitados, de manera que se ven obligados a tomar decisiones difíciles para rentabilizar al máximo los destinados a la salud de los adolescentes. Por consiguiente, deben evaluar las necesidades de salud particulares de los adolescentes de su país antes de elaborar los programas correspondientes. Para ello, hay tres pasos clave: evaluar las necesidades, analizar el panorama y establecer las prioridades (figura H).

Figura H. Establecimiento de las prioridades nacionales para los programas a favor de la salud de los adolescentes



Los países deben reevaluar periódicamente (por lo menos una vez cada cinco años) sus prioridades y su programación en materia de salud de los adolescentes, para que sigan adecuándose a las necesidades de los adolescentes de cada momento, sin dejar de tener en cuenta los cambios que se producen en la salud y los servicios de salud en relación con el desarrollo económico, el empleo, las migraciones, la urbanización, los conflictos, la degradación del medio ambiente y la innovación tecnológica.

Capítulo 5.

Elaboración de programas nacionales en favor de la salud de los adolescentes

Los elementos concretos del diseño y la ejecución de los programas nacionales dependen de las prioridades detectadas, de los objetivos marcados y de los sectores concernidos. Los elementos comunes pueden resumirse en un marco lógico (figura I). El liderazgo gubernamental, la participación de los adolescentes, los recursos financieros y la rendición de cuentas son cuatro condiciones integrales destacadas para la elaboración de los programas nacionales para promover la salud de los adolescentes.

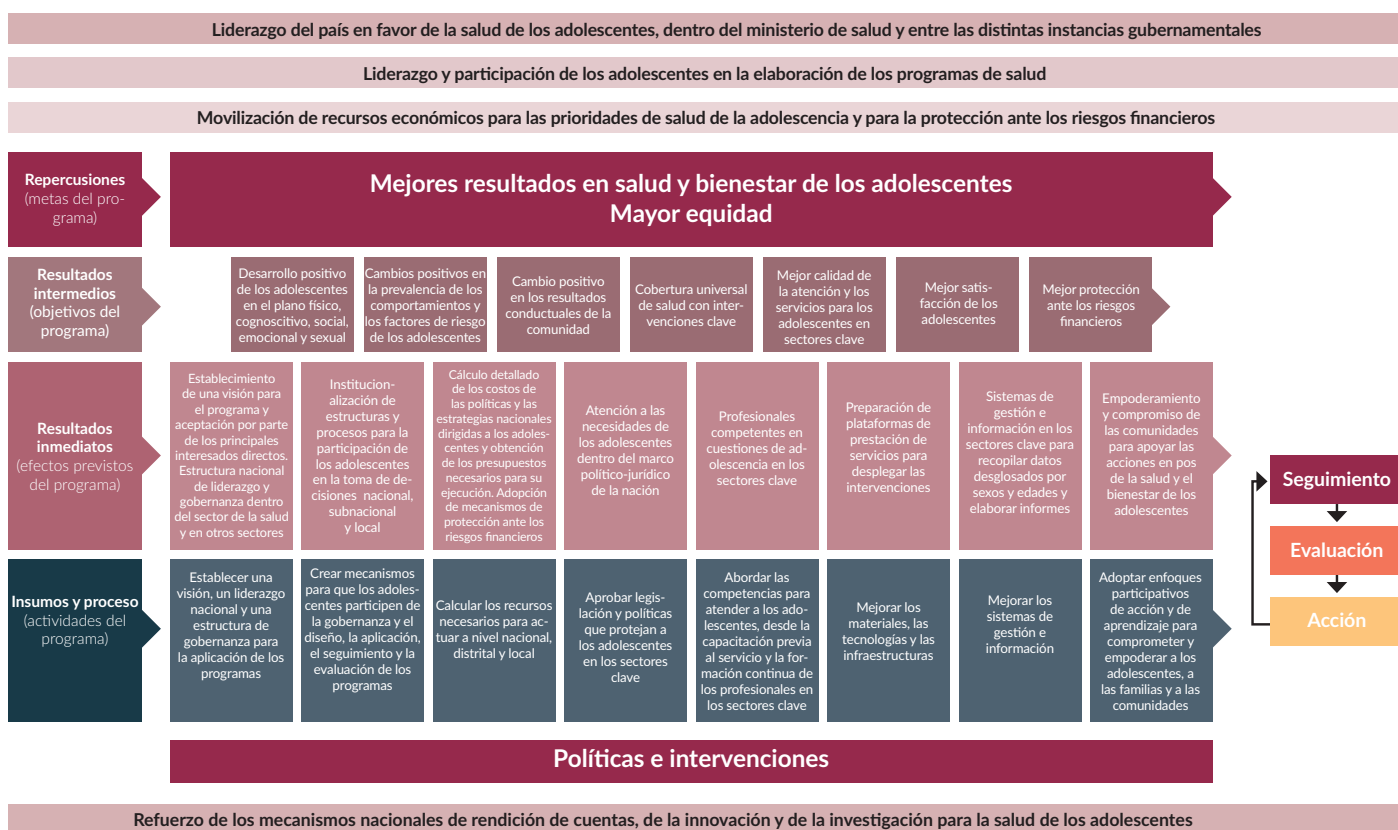
Aunque no es el único que debe estar involucrado, el sector de la salud desempeña una función clave para lograr la cobertura universal de salud.

Los países pueden plantearse la posibilidad de nombrar a una persona responsable, dentro del ministerio de salud, para garantizar que se presta una atención explícita, constante y especializada a los temas de salud de los adolescentes dentro de dicho sector.

Este responsable tendría las siguientes responsabilidades:

- defender las cuestiones de salud de los adolescentes dentro del ministerio;
- coordinar la atención sistemática a las necesidades de los adolescentes en todos los programas de salud;
- servir de enlace con otros sectores en las acciones conjuntas.

Figura I. Marco lógico para la elaboración de programas nacionales de salud de los adolescentes



Resumen

Para acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud, los países pueden plantearse la posibilidad de institucionalizar programas nacionales para la adolescencia dentro del sector de la salud, abarcando diversas prioridades sanitarias. En ese caso, el responsable de salud de la adolescencia del ministerio de salud también sería el coordinador del programa nacional de salud de los adolescentes.

Es probable que hagan falta programas intersectoriales para avanzar en áreas complejas como la prevención de las enfermedades no transmisibles, los suicidios, los embarazos precoces y el consumo de sustancias. Además del progreso en escolarización (en primaria y secundaria), los programas de salud escolar que abordan problemáticas clave de manera integrada son muy prioritarios para la acción intersectorial en la salud de los adolescentes.

Todas las escuelas deben ser promotoras de la salud, de conformidad con las directrices de la OMS. Los países que no disponen de un programa nacional institucionalizado de salud escolar deben valorar la posibilidad de establecerlo, mientras que los países que sí cuentan con tales programas deben continuar mejorándolos para que estén en consonancia con los datos empíricos que avalan las intervenciones eficaces y con las prioridades emergentes.

Para abordar los determinantes de salud más amplios y lograr otras metas de los ODS, más allá de la cobertura universal de salud, otros sectores desempeñarán funciones clave, con la ayuda del sector de la salud. Los Gobiernos deben conseguir que se preste atención a la salud de los adolescentes en todas las políticas, sistemáticamente, como parte de la planificación estratégica y operativa de todos los sectores pertinentes. Será preciso que se coordine la acción con los sectores de educación, protección social, red viaria y transporte, telecomunicaciones, vivienda y urbanismo, energía, agua y saneamiento y medio ambiente, así como con la justicia penal.

El sector de la salud debe participar sistemáticamente en la planificación estratégica y operativa de estos sectores para garantizar que se sigue un enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas” en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de estas. Puede facilitarse la aplicación de dicho enfoque constituyendo un grupo coordinador nacional que supervise el trabajo realizado en materia de salud y bienestar de los adolescentes en todos los sectores y ministerios.

Debe fomentarse activamente el liderazgo y la participación de los adolescentes durante el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas. Además, debe adoptarse una óptica de equidad que se refleje en todas las etapas de la programación, desde la definición de las metas y objetivos hasta la planificación y el seguimiento de las intervenciones, los servicios y las actividades. Es imprescindible seguir estrategias específicas para los grupos marginados, puesto que corren riesgos más altos y suele ser más difícil llegar hasta ellos, bien porque residen en zonas remotas, porque no asisten a la escuela o porque trabajan en el servicio doméstico o en la economía sumergida.

Capítulo 6.

Seguimiento, evaluación e investigación sobre programas de salud de los adolescentes

Durante el seguimiento y la evaluación del programa nacional en favor de la salud de los adolescentes, deben tenerse en cuenta por separado todos los pasos y todas las actividades del marco lógico (figura I). Siempre que sea posible, debe hacerse un seguimiento de todos los indicadores (insumos y procesos, resultados inmediatos, resultados intermedios y repercusiones) porque responden a diferentes preguntas.

Para realizar el seguimiento de los programas, y especialmente de sus resultados intermedios y su repercusión, la estrategia mundial enumera 60 indicadores, 43 de los cuales son específicos de los adolescentes (p. ej., la tasa de mortalidad adolescente) o incluyen a los adolescentes (p. ej., la violencia sexual).

Los países deben recopilar y utilizar datos sobre estos indicadores para efectuar un seguimiento de su progreso hacia los ODS y, concretamente dentro del sector de la salud, del progreso hacia la cobertura universal. Como mínimo, hay que recopilar los 16 indicadores clave, de los cuales 12 son pertinentes para los adolescentes. En el contexto nacional, también hay que medir una serie de indicadores para el seguimiento de los insumos, de los procesos y de los resultados inmediatos exclusivos del contexto del país. Ello permitirá mejorar la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de los programas. Si los recursos son limitados, serán los indicadores más importantes los que determinen las decisiones y la acción local.

El capítulo 6 ofrece ejemplos de indicadores de todos estos tipos para medir la contribución que realiza el programa a un sistema nacional de salud que responda a las necesidades de los adolescentes. Además, se describen tres ejemplos de programas intersectoriales (un programa para reducir los embarazos en la adolescencia, un programa de salud escolar y un programa de salud mental para adolescentes) que ilustran cómo medir todos los insumos y los procesos, los resultados inmediatos, los intermedios y las repercusiones.

En el capítulo 6 también se explica de dónde pueden obtenerse los datos para los indicadores relacionados con la salud de los adolescentes a nivel nacional, incluidos los relativos a los temas siguientes: resultados de salud de los adolescentes; disponibilidad, prestación y preparación de servicios; políticas, legislación y reglamentación; financiamiento y recursos para los programas, y procesos disponibles para respaldar el programa de salud de los adolescentes. El instrumento mundial de colaboración sobre datos sanitarios (Health Data Collaborative) está trabajando con los países para mejorar la disponibilidad, la calidad y el tratamiento de datos para la toma de decisiones y el seguimiento del progreso hacia los ODS relacionados con la salud. Es esencial que se acometan evaluaciones periódicas de los programas de salud de los adolescentes, aprovechando los datos de seguimiento recopilados

de forma sistemática.

Los programas para los adolescentes presentan dificultades especiales, en relación con la rápida transformación física, emocional y social que tiene lugar en esta etapa de la vida, por lo cual es indispensable que se desglosen los datos por sexos y por edades (en franjas etarias de cinco años). También es importantísimo hacer un seguimiento de la equidad y de los derechos de los adolescentes. Además, los mismos adolescentes deben participar del seguimiento, la evaluación y la investigación de los programas. Debe hacerse hincapié en que se involucren significativamente en estas actividades, sin dejar de tener en cuenta que sus capacidades están evolucionando y que necesitan protección. Los países también deben considerar la posibilidad de establecer mecanismos de recopilación de datos dirigidos por los jóvenes, para garantizar su participación en la ejecución y la rendición de cuentas de los ODS.

Recientemente se han llevado a cabo tres ejercicios mundiales para establecer las prioridades de la investigación sobre salud de los adolescentes. En ellos se ha constatado un alejamiento de las cuestiones epidemiológicas básicas y un mayor énfasis en la ampliación óptima de las intervenciones existentes y en la verificación de la eficacia de las nuevas.

Capítulo 7. Conclusiones

Ante nosotros se abre una época llena de ilusión para la salud de los adolescentes. En muchos países, los servicios de salud pensados para ellos ya no dependen de los destinados a los niños o los adultos, sino que se han elaborado programas nacionales independientes. Estas iniciativas varían enormemente entre los distintos países y aun dentro de un mismo país, así como entre las regiones, pero muchos países han conseguido aumentar la educación básica sobre la salud sexual y reproductiva en las escuelas y ofrecer a los adolescentes servicios y productos básicos sobre estas cuestiones a través de los establecimientos de salud. Resulta alentador que algunos países también estén procurando ampliar los programas de salud de los adolescentes para incluir otras prioridades, como las lesiones, la violencia, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la nutrición, la actividad física, la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

Pese a todo, aún queda un largo camino por recorrer. Muchos de los problemas que afectan a los adolescentes contribuyen de forma notable a la morbimortalidad de los adultos, como los trastornos mentales, las deficiencias nutricionales, la violencia y las lesiones. Sin embargo, en muchas ocasiones no han recibido la atención merecida y requieren de una programación específica a nivel nacional. Es preciso evaluar urgentemente las estrategias

para el aprendizaje y la acción participativa con los adolescentes, ya que pueden ser sumamente rentables para mejorar su salud en el presente y reducir la carga de morbilidad de los adultos en el futuro.

Hoy en día, aunque falta mucho por investigar para apuntalar el corpus de evidencias y para descubrir y probar intervenciones y enfoques nuevos, ya existen intervenciones y herramientas basadas en la evidencia que nos permiten afrontar eficazmente estos desafíos. Los Gobiernos también disponen de sólidos argumentos económicos, de salud pública y de derechos humanos para hacerlo y, con ello, estarán aprovechando el triple dividendo de beneficios para los adolescentes ahora, para su vida adulta en el futuro y para la generación venidera.

Es importante que los Gobiernos y sus asociados aprendan a medida que aplican los programas de salud de los adolescentes con la Guía AA-HA! y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) en su conjunto. Por otro lado, las plataformas de aprendizaje permitirán poner en común las experiencias para que la Guía AA-HA! se convierta en un documento vivo.



1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

Mensajes clave:

- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no logrará concretarse si no se invierte en la salud y el bienestar de los adolescentes, incluido el cumplimiento de sus metas relacionadas con la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el agua y el saneamiento, el crecimiento económico, los asentamientos humanos, el cambio climático y las sociedades pacíficas e inclusivas.
- Dicha inversión supone un triple dividendo de beneficios: para los adolescentes ahora, para su vida adulta en el futuro y para sus hijos.
- La adolescencia, en cuanto que una de las etapas evolutivas en las que más rápido se desarrolla el ser humano, tiene implicaciones importantes para las políticas y los programas nacionales. La característica transformación física, cognoscitiva, social, afectiva y sexual que tiene lugar durante la adolescencia requiere que se le preste una atención especial en las políticas, los programas y los planes de desarrollo nacional.
- La adolescencia también es el período en el que surgen o se consolidan muchos comportamientos protectores o de riesgo, que tienen efectos importantes sobre la salud en el futuro, ya en la edad adulta.
- Los adolescentes, que representan una sexta parte de la población del mundo, sufren una proporción considerable de la carga de morbilidad y lesiones. Los factores de riesgo y las cargas particulares que afectan a los adolescentes de cada país requieren una atención especial dentro de los programas nacionales.
- Invertir en la salud de los adolescentes servirá para aprovechar lo logrado hasta ahora en materia de salud infantil y permitirá a los adolescentes convertirse en adultos sanos y con recursos para contribuir positivamente a la sociedad.
- Hay varias medidas que pueden adoptar los Gobiernos nacionales ahora para proteger y promover la salud de sus adolescentes:
 - definir las principales necesidades relacionadas con el bienestar de los adolescentes, las cargas de morbilidad y lesiones que les afectan y los factores de riesgo de padecer enfermedades en la edad adulta;
 - determinar qué intervenciones son más eficaces, apropiadas y aceptables;
 - poner en marcha una batería de intervenciones especializadas, un conjunto de mecanismos para llevarlas a cabo y un plan de seguimiento y evaluación.

1.1.

Llamamiento para acelerar la acción en favor de la salud de los adolescentes

Hoy tenemos una oportunidad sin precedentes para promover la salud de los adolescentes. A nivel mundial, es evidente que urge hacer algo distinto para responder con mayor eficacia a las necesidades de los adolescentes. El rápido crecimiento y desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial que tiene lugar entre los 10 y los 19 años marca a la persona de por vida. Además, los adolescentes sufren una proporción considerable de la carga de morbilidad y lesiones de la población mundial, problemas que muchas veces son prevenibles o tratables, pero que hasta la fecha han quedado desatendidos y requieren de una consideración e inversión constantes. Es imprescindible, por tanto, reconocer la importancia capital del desarrollo de los adolescentes (e invertir lo suficiente para promover y salvaguardar su salud y bienestar) para lograr un desarrollo sostenible.

La comunidad mundial está respondiendo a este llamamiento a la acción. En septiembre del 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) (la “estrategia mundial”) para apoyar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (51). La estrategia mundial contempla un mundo en el que el conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, en todos los entornos, realicen sus derechos a la salud y al bienestar físicos y mentales, tengan oportunidades sociales y económicas y puedan participar plenamente en la configuración de unas sociedades prósperas y sostenibles. Véase la sección A1.1, en el anexo 1, que

contiene más información acerca de la estrategia mundial (11). Esta nueva estrategia señala que los adolescentes son “fundamentales” para lograr los ODS de la Agenda 2030, incluidos los relacionados con la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el agua y el saneamiento, el crecimiento económico, los asentamientos humanos, el cambio climático y las sociedades pacíficas e inclusivas (52).

Aprovechando el impulso generado por la Agenda 2030 y la estrategia mundial, la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud solicitó a la Secretaría de la OMS que elaborase una guía para adoptar medidas aceleradas a favor de la salud de los adolescentes (AA-HA!, que son las siglas en inglés de accelerated action for the health of adolescents) (389). La Guía AA-HA! ayudará a los responsables de elaborar políticas y a los directores de programas a nivel nacional a responder a las necesidades de salud de los adolescentes en sus países, permitiéndoles fijar unas prioridades claras y establecer, dentro de los planes nacionales, una planificación adaptada y un sistema de ejecución y seguimiento. Bajo la dirección de la OMS, para la elaboración de este documento de orientación se han realizado consultas con los adolescentes y los jóvenes, los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil y otros colaboradores. Dichas consultas, así como el proceso de preparación y revisión de las orientaciones, se describen en las secciones A1.2 y A1.3 del anexo 1.

1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

1.2.

¿Por qué invertir en la salud de los adolescentes?

Uno de los principales motivos para invertir en la salud de los adolescentes es que ellos, al igual que todas las personas, tienen derechos fundamentales a la vida, al desarrollo, al grado más alto posible de salud y al acceso a los servicios sanitarios (véase la sección A1.4 del anexo 1, que contiene más información sobre los derechos de los adolescentes), recogidos en los instrumentos mundiales de derechos humanos, de los cuales son signatarios casi todos los países (14, 15, 53).

Concretamente, cada vez resulta más claro que promover y proteger la salud de los adolescentes reportará grandes beneficios económicos, demográficos y de salud pública (4, 54-61). Invertir en la salud de los adolescentes devenga un triple dividendo de beneficios para la salud (55):

- **Para los adolescentes ahora:** los adolescentes pueden beneficiarse enseguida de la promoción de comportamientos positivos (p. ej., de los buenos hábitos de sueño y del encauzamiento constructivo de la asunción de riesgos, como el deporte o el teatro) y de la prevención, la detección precoz y el tratamiento de los problemas (p. ej., los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, los trastornos mentales, las lesiones y las infecciones de transmisión sexual).
- **Para los adolescentes en el futuro:** a fin de contribuir a fijar unos hábitos saludables que reduzcan la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura en la edad adulta, hay que fomentar los comportamientos saludables en la adolescencia (p. ej., la buena alimentación, la actividad física y el empleo de preservativos en las relaciones sexuales) y reducir exposiciones, afecciones y comportamientos perjudiciales (p. ej., la contaminación del aire, la obesidad y el consumo de alcohol y tabaco).
- **Para la próxima generación:** se puede proteger la salud de la futura descendencia promoviendo el bienestar emocional y las prácticas saludables en la adolescencia (p. ej., gestión y resolución de los conflictos, vacunación adecuada y buena alimentación) y previniendo las cargas y los factores de riesgo (p. ej., la exposición al plomo y al mercurio, la violencia interpersonal, la mutilación genital femenina, el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo precoz y los embarazos muy seguidos).

Invertir en la salud de los adolescentes mantiene y refuerza las intervenciones de salud que beneficiaron a los niños en la primera infancia y corrige otros déficits de salud. Por el contrario, si no invertimos hoy lo suficiente en programas de salud para los adolescentes, corremos el riesgo de echar a perder los avances logrados en los últimos decenios gracias a las importantes inversiones en programas de salud materno-infantil (62).

Además, mejorar la salud de los adolescentes reporta beneficios más generales para la economía y la sociedad, plasmados en un incremento de la productividad, una reducción de los costos sanitarios y una mejora del capital social (59). En los países de ingresos bajos y medianos, es probable que con ello se reduzcan las tasas de mortalidad y de fecundidad, lo cual puede contribuir a acelerar el crecimiento económico: al reducirse la tasa anual de fecundidad, decrece la población de menores dependientes del país, en relación con la población en edad laboral (de 15 a 64 años), posibilitando el crecimiento económico rápido (4, 58). También en los países de ingresos altos, invertir en la salud y el bienestar de los adolescentes de las clases desfavorecidas, que presentan tasas de natalidad más elevadas y están más expuestos a los factores de riesgo para la salud, puede ayudar a romper la cadena de pobreza y desventajas que se perpetúa de generación en generación (63, 64).

Invertir en la salud de los adolescentes también es esencial para lograr los 17 ODS y sus 169 metas, cada una de las cuales guarda relación, directa o indirectamente, con el desarrollo, la salud y el bienestar de los adolescentes. Algunos ODS, como los que abordan la salud y la seguridad alimentaria, conciernen a los adolescentes dentro de sus metas para poblaciones más extensas, mientras que otros están dirigidos específicamente a los adolescentes, tal como se resume en el recuadro 1.1.



Recuadro 1.1. Metas de los ODS en las que se incluye específicamente a los adolescentes

- Reducir al menos a la mitad la proporción de niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales (meta 1.2).
- Abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes (meta 2.2).
- Asegurar que todas las niñas y los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos (meta 4.1).
- Aumentar considerablemente el número de jóvenes que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento (meta 4.4).
- Eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para los niños en situaciones de vulnerabilidad (meta 4.5).
- Asegurar que todos los jóvenes estén alfabetizados y tengan nociones elementales de aritmética (meta 4.6).
- Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos (meta 4.a).
- Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las niñas en todo el mundo (meta 5.1).
- Eliminar todas las formas de violencia contra todas las niñas en los ámbitos público y privado, incluidos la trata, la explotación sexual y otros tipos de explotación (meta 5.2).
- Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina (meta 5.3).
- Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las niñas a todos los niveles (meta 5.c).
- Lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las niñas (meta 6.2).
- Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos los jóvenes, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor (meta 8.5).
- De aquí a 2020, reducir considerablemente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación (meta 8.6).
- Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados, y, de aquí a 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas (meta 8.7).
- De aquí a 2020, desarrollar y poner en marcha una estrategia mundial para el empleo de los jóvenes y aplicar el Pacto Mundial para el Empleo de la Organización Internacional del Trabajo (meta 8.b).
- Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de los niños (meta 11.2).
- Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para los niños (meta 11.7).
- Promover mecanismos para aumentar la capacidad para la planificación y gestión eficaces en relación con el cambio climático en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, haciendo particular hincapié en los jóvenes (meta 13.b).
- Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños (meta 16.2).

Por último, invertir en la salud de la adolescencia reviste vital importancia porque se trata de una fase única del desarrollo humano, pero también por las cargas particulares de morbilidad y lesiones que afectan a las poblaciones de adolescentes. El resto de este capítulo se centrará en esos dos asuntos. A continuación, se aborda la necesidad de adaptar la aplicación de las intervenciones y de establecer las prioridades de salud de los adolescentes dentro de los programas nacionales de salud.

1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

1.3.

La adolescencia: una etapa evolutiva singular para el desarrollo humano

En el mundo viven en la actualidad 1 200 millones de adolescentes, que representan más de una sexta parte (18%) de toda la población del planeta (65). Forman un conjunto sumamente heterogéneo, cuyas diferencias culturales, nacionales, económicas, educativas, familiares y de muy diversa índole también prefiguran su salud y su bienestar. No obstante, en todas las sociedades y entornos, los adolescentes comparten vivencias intrínsecas del desarrollo humano, vinculadas con el paso de la niñez a la edad adulta. Entre ellas cabe destacar el rápido crecimiento físico, los cambios hormonales, el descubrimiento de la sexualidad, la aparición de emociones nuevas y complejas, el aumento de las capacidades cognitivas e intelectuales, el despertar de la conciencia moral y la evolución de las relaciones con compañeros y familias (19).

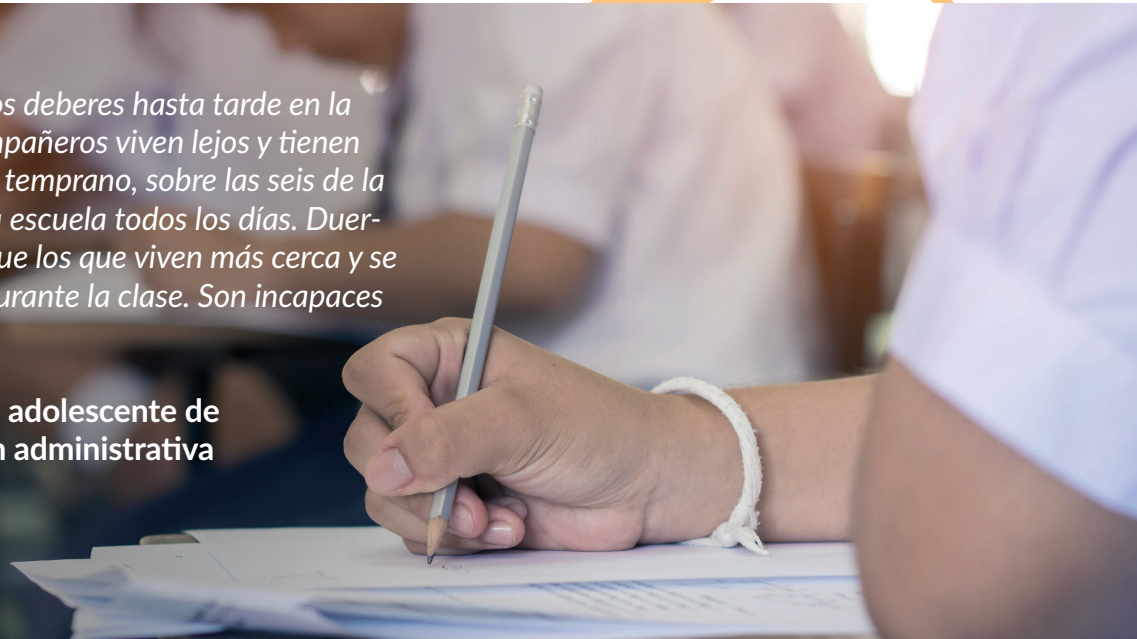
El bienestar del adolescente se sustenta en una buena salud y un desarrollo positivo en las esferas física, sexual, neurológica y psicosocial (66, 68, 73, 318). Para considerar que un adolescente goza de buena salud física, debe pasar la pubertad (el inicio biológico de la adolescencia), dormir lo suficiente, disponer de agua potable, respirar aire limpio, no sufrir lesiones, seguir una alimentación nutritiva, mantenerse en buena forma, abstenerse de consumir sustancias psicoactivas y evitar las adicciones. En la adolescencia también se desarrolla la identidad sexual. Algunos adolescentes se inician en las relaciones sexuales, encuentran pareja y forman una familia, aunque en algunos casos lo hacen contra su voluntad (69). La buena salud sexual tiene componentes físicos, afectivos, psíquicos y sociales; comprende la prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, así como de los embarazos precoces o no deseados y los abortos peligrosos.

No solamente consiste en la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad: el bienestar sexual se basa en una aproximación a las relaciones sexuales desde la información y el respeto. Es más, si la persona es sexualmente activa, deben adoptarse las precauciones de protección adecuadas y todas las prácticas deben contar con el consentimiento mutuo (70).

El neurodesarrollo positivo en la adolescencia viene facilitado por las formas constructivas de asumir riesgos y de aprender y por las experiencias que estimulan las conexiones cerebrales positivas. Para considerar que un adolescente tiene buena salud psicosocial, debe gozar de un sentido positivo de identidad y autoestima, de unas relaciones sólidas con la familia y los compañeros, de la ausencia de violencia y discriminación, de la oportunidad de aprender y ser productivo, de la capacidad de disponer de recursos culturales para potenciar al máximo su desarrollo y de las oportunidades de tomar decisiones, cultivar valores y cimentar las aptitudes sociales y la preocupación por la justicia mediante actividades colectivas. Para los adolescentes que ya sufren enfermedades o discapacidades físicas o psíquicas crónicas, gozar de salud implica que cuenten con estrategias de afrontamiento positivo, que se mantengan lo más activos que sea posible, que cumplan correctamente con los tratamientos y que permanezcan conectados con los servicios de asistencia y apoyo.

“A veces hacemos los deberes hasta tarde en la noche. Algunos compañeros viven lejos y tienen que levantarse muy temprano, sobre las seis de la mañana, para ir a la escuela todos los días. Duermen menos horas que los que viven más cerca y se quedan dormidos durante la clase. Son incapaces de concentrarse.”

Testimonio de una adolescente de Hong Kong (región administrativa especial de China)



Una idea básica es que los adolescentes no son ni niños mayores ni adultos jóvenes. Los diversos determinantes que influyen en la salud humana adoptan formas particulares y tienen repercusiones especiales en la adolescencia (71).

En la figura 1.1 se ilustra cómo influyen dichos determinantes en la salud de los adolescentes en los niveles individual, interpersonal, comunitario, institucional, ambiental, estructural y macrosocial de un modelo ecológico.

Figura 1.1. Ejemplos de factores a diferentes niveles ecológicos que tienen repercusiones especiales en la adolescencia

Individual	Rápida transformación física, neurocognoscitiva y psicosocial, p. ej., cambios hormonales y pubertad; sensaciones y emociones nuevas y complejas; sensibilización sexual e identidad de género; aceleración del desarrollo electrofisiológico del cerebro; mejora y evolución de la capacidad cognoscitiva; control de impulsos y emociones influido por el contexto
Interpersonal	Evolución de las competencias sociales; incremento de la participación social más allá de la familia; cuestionamiento de la autoridad; aumento de la autonomía en la toma de decisiones; mayor relevancia de las relaciones con los compañeros; formación de relaciones románticas
Comunitario	Aumento del interés por la ecuanimidad y la justicia; influencia de los valores y las normas de la comunidad, p. ej., las relativas al género y la edad
Institucional	Prolongación de los años de educación y capacitación por la ampliación de la enseñanza primaria y secundaria; retraso del inicio de la vida laboral y de la formación de una familia; mayor independencia en la participación en los servicios de salud, los cuales pueden estar mal preparados para atender las necesidades especiales de los adolescentes
Ambiental	Instalaciones de agua y saneamiento (p. ej., para higiene menstrual); infraestructuras viarias (p. ej., desplazamientos a pie sin acompañamiento de adultos); calidad del aire y prevención de incendios (p. ej., niñas que cocinan con fogones peligrosos)
Estructural	Acceso limitado a los recursos prácticos (p. ej., dinero o transporte); escasa representación en los órganos decisorios y poca oportunidad de hacer valer sus intereses; políticas para proteger la salud y los derechos (p. ej., salud sexual y reproductiva)
Macrosocial	Mayor vulnerabilidad en entornos humanitarios y frágiles; mayor vulnerabilidad a algunos aspectos de la globalización (p. ej., adicción a los juegos e intimidación en internet por la exposición a las redes sociales)

1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

1.3.1.

Determinantes a nivel individual

A nivel individual, los cambios físicos de la adolescencia comienzan con un estirón, tras el cual se desarrollan los genitales y los caracteres sexuales secundarios. Esta transformación puede generar ansiedad, o bien ilusión y orgullo (65). En las niñas, los cambios hormonales desencadenan la primera menstruación (menarquia), mientras que en los niños se produce la primera emisión seminal (espermarquia) (19). El crecimiento físico de la pubertad va acompañado de nuevas sensaciones y emociones complejas, como la preocupación por la imagen corporal, el deseo sexual y la identidad de género (19). Considerando todos estos cambios, hay que ofrecer a los adolescentes consejo, apoyo y protección, tanto a los chicos como a las chicas, y permitirles que tomen decisiones correctas, sanas y fundamentadas en la información a medida que pasan la pubertad.

En la primera adolescencia, además, el cerebro experimenta una extraordinaria aceleración del desarrollo neurofisiológico (65). El volumen cerebral total alcanza su máximo y las redes neuronales se reorganizan de forma radical, influyendo en las capacidades emocionales, físicas y mentales (65, 72). Los cambios se producen a mayor velocidad en algunas regiones del cerebro, como el sistema límbico, que son responsables de la búsqueda del placer, el procesamiento de las recompensas, las respuestas emocionales y la regulación del sueño (73), mientras que, por el contrario, son más lentos en la corteza prefrontal, el área responsable de la toma de decisiones, la organización, el control de los impulsos y la planificación para el futuro (73, 75). El desarrollo de esta área se inicia más tarde y es más prolongado en los varones, motivo por el cual los chicos tienden a actuar con más impulsividad que las chicas y a pensar con menos sentido crítico (65). Con esto no se insinúa que los adolescentes jóvenes sean incapaces de tomar decisiones y de planificar su futuro (73); de hecho, algunos de los cambios en el procesamiento social y emocional que tienen lugar durante la adolescencia refuerzan su capacidad de adaptarse a los contextos sociales cambiantes (74).



©Edith Kachingwe

Los cambios neurológicos de la adolescencia condicionan la propensión a la exploración, la experimentación y la asunción de riesgos que son típicas de esta etapa de la vida. Cabe señalar que la madurez biológica es anterior a la madurez psicosocial, lo cual comporta, en comparación con los adultos, cierto desequilibrio entre las capacidades físicas, la búsqueda de sensaciones y la capacidad de autocontrol (73). No obstante, la mayoría de los adolescentes son capaces de explorar y experimentar de forma positiva para su desarrollo, sin adoptar comportamientos perjudiciales para su salud. Posteriormente, en la segunda adolescencia, aumentan las capacidades de pensamiento abstracto, análisis, reflexión y razonamiento (65).

“Creo que es divertido hacerse mayor, porque puedes hacer cosas nuevas y aprender cosas nuevas.”

Testimonio de un adolescente estadounidense

El carácter cambiante de las capacidades físicas, afectivas y cognitivas de los adolescentes implica que su autonomía aumenta a medida que crecen, lo cual tiene consecuencias importantes para las políticas y la legislación nacionales. Estas normas deben fundamentarse en una comprensión de las etapas del desarrollo de los adolescentes para garantizar que su derecho a la protección no contravenga su derecho a la autonomía (15, 73).

1.3.2.

Determinantes a nivel interpersonal y comunitario

A nivel interpersonal y comunitario, durante la adolescencia aparecen aptitudes y competencias sociales nuevas y se transforman las relaciones con la familia y los compañeros. En la primera adolescencia comienzan a definirse los valores y la moral propios, surge el interés por la ecuanimidad y la justicia y, en ocasiones, se ponen a prueba los límites (65, 73). En esta etapa, los adolescentes buscan mayor responsabilidad e independencia, rehuendo del control paterno y afirmando su autonomía sobre sus decisiones, emociones y acciones. A medida que se alejan del círculo familiar y comienzan a tomar decisiones por su cuenta (desde las amistades con quienes pasan el tiempo hasta lo que comen) conviene suministrarles información sobre los cambios que están experimentando y cómo pueden protegerse de los riesgos. En la primera adolescencia, se tiende a conceder una enorme importancia a las opiniones de los compañeros.

“Mi amiga es muy importante para mí, porque me ayuda a afrontar todo lo que me pasa, como el estrés. Hemos pactado que, a pesar de lo que nos hacen en la escuela (los chicos se burlan de nosotras), intentaremos sacar siempre buenas notas, porque las dos queremos entrar en una buena escuela secundaria.”

Testimonio de una chica estadounidense en la primera adolescencia

En la segunda adolescencia, el grupo de amigos y compañeros pasa a tener menos relevancia y el individuo adquiere más claridad y confianza en su identidad (65, 76). También se valoran más las relaciones íntimas. Los adolescentes mayores suelen albergar nociones más complejas y filosóficas en torno a la ética, las cuestiones sociales y los derechos humanos; algunos se adhieren a movimientos políticos, en consonancia con una mayor conciencia de los valores y de la preocupación por sus comunidades. La segunda adolescencia puede ser una etapa de oportunidades, de idealismo y de esperanza, puesto que en ella se asientan las identidades y visiones personales del mundo y los jóvenes empiezan a participar de la configuración de sus comunidades y sociedades (73).

La acelerada difusión de los medios digitales en muchos países ha alterado profundamente (y sigue haciéndolo) las relaciones interpersonales y sociales de los adolescentes. Esto ha planteado dudas sobre los efectos (tanto positivos como negativos) que pueden tener la internet, las redes sociales, los teléfonos móviles y las tecnologías de la comunicación en el desarrollo de los adolescentes (22, 77-80). Por ejemplo, los adolescentes pueden beneficiarse considerablemente del acceso regular a los medios digitales, a través de los cuales pueden socializar con sus amigos, entrar en contacto con otros chicos y chicas en situaciones parecidas y acceder a diversas informaciones y redes de apoyo, lo cual redundará en su empoderamiento y autonomía respecto de sus padres y de otros adultos (80, 81).

“Mucha gente dice que jugar a los videojuegos es como hacer un deporte en casa, pero en realidad, al utilizar el mando, mejoran las aptitudes motrices y se aprende a afrontar una situación que cambia gradualmente y se hace cada vez más difícil, tratando de resolver el problema con tranquilidad y sin perder la calma.”

**Muchacho de Hong Kong
(región administrativa especial de China)**

No obstante, las nuevas tecnologías también entrañan riesgos importantes, entre los que destacan los equivalentes modernos de antiguas lacras como el acoso escolar y el acceso a las imágenes violentas o denigrantes y a la información antisocial (82-91). Las presiones sociales se magnifican en la internet, en el que los adultos están menos visibles o son incapaces de ejercer de moderadores.

“A algunas webs no entro nunca, como las de pornografía, pero los chicos que viven aquí al lado sí entran.”

Muchacho egipcio en la primera adolescencia

La sección A1.5 del anexo 1 describe las investigaciones que están realizándose sobre la repercusión de los medios digitales en la salud y el bienestar de los adolescentes; en la sección A3.1.3 se describen intervenciones relativas a los medios digitales.

1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

1.3.3.

Determinantes del nivel institucional hasta el macrosocial

Al nivel institucional, las escuelas (incluida la educación primaria, secundaria, superior y profesional) desempeñan una función de vital importancia para promover y proteger la salud de los adolescentes. Una mejor educación se asocia con más salud y bienestar a lo largo de toda la vida y en muy distintos contextos socioeconómicos, culturales y políticos (92). En particular, los beneficios saludables asociados con la educación secundaria (p. ej., reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad y de la prevalencia de la infección por el VIH entre los adolescentes) pueden ser superiores incluso que los asociados con la enseñanza primaria, especialmente para las chicas y en los países de ingresos bajos y medianos (93). De esta forma, la ampliación de la enseñanza primaria y secundaria que se ha producido en los últimos decenios ha sido importante, ya que ha permitido que los adolescentes pasen más años que nunca educándose y formándose, separando la madurez biológica (p. ej., la menarquia) de la asunción de los roles y las responsabilidades propias de los adultos (p. ej., la formación de una familia) (73).

El sistema de salud también tiene una influencia crucial en el bienestar de los adolescentes, cuyas necesidades asistenciales difieren de las de los niños y los adultos, por su singular situación evolutiva y su rápida transformación física, sexual, cognoscitiva y afectiva (73). Aun así, la mayoría de los sistemas de salud se han centrado tradicionalmente en los servicios de maternidad, pediatría y geriatría y no han previsto programas específicos para satisfacer las necesidades de los adolescentes.

Los determinantes que actúan en lo ambiental también pueden afectar profundamente a la salud y al desarrollo de los adolescentes. El ambiente biológico (p. ej., la prevalencia de la malaria o del VIH), químico (como la presencia de contaminantes como el plomo, el mercurio u otras sustancias causantes de trastornos endocrinos) y físico (la red vial o las infraestructuras de agua y saneamiento, entre otras) pueden tener efectos profundos sobre los adolescentes de ambos sexos (94-97). A título ilustrativo, los períodos fundamentales del desarrollo humano, como es la pubertad, son los más sensibles a la exposición a los perturbadores endocrinos. Estas sustancias pueden producir alteraciones durante el desarrollo que, aun no siendo tan evidentes como los defectos congénitos, sí pueden inducir cambios permanentes que aumenten la incidencia de enfermedades a lo largo de la vida adulta (96, 98, 99).

A nivel estructural, las políticas y las leyes pueden afectar al bienestar de los adolescentes en muchos aspectos, por ejemplo, cuando se utilizan los impuestos, las advertencias y las restricciones de acceso para prohibir la exposición perjudicial a la mercadotecnia de las industrias del tabaco, de las bebidas alcohólicas y de los alimentos y bebidas (100-103). A nivel macrosocial, las políticas económicas y los acuerdos comerciales mundiales pueden repercutir sobre la salud de los adolescentes (73), por ejemplo, incentivando la retención escolar y condicionando la disponibilidad de empleos gratificantes que resulten atractivos una vez terminados los estudios.

Por su parte, algunos determinantes afectan a la salud y al bienestar de los adolescentes en varios niveles ecológicos. Por ejemplo, las normas de género afectan a las expectativas de los adolescentes y a su percepción de lo que es aceptable y apropiado a nivel individual; a nivel interpersonal, también pueden influir en las decisiones familiares sobre la asignación de recursos y la importancia relativa de la educación de los niños y de las niñas, y a nivel institucional y estructural, estas normas se reflejan en desigualdades y restricciones en el trabajo y la educación (73).



©Edith Kachinga

1.4.

Cargas de morbilidad y lesiones que afectan a los adolescentes

Además de las necesidades de salud y desarrollo que son particulares de la adolescencia y que se han descrito anteriormente, los adolescentes acumulan una proporción considerable de la carga de morbilidad y lesiones de la población mundial. En el 2015, murieron a diario más de 3 200 adolescentes (16a). En todas las regiones de la OMS, las poblaciones adolescentes están aquejadas de importantes problemas de salud, entre los que destacan las lesiones no intencionales, la violencia interpersonal, las afecciones de salud sexual y reproductiva, las enfermedades transmisibles y no transmisibles y los trastornos de salud mental.

El capítulo 2 repasa las principales causas de morbimortalidad adolescente a nivel mundial y por regiones, ingresos de los países, sexos y grupos etarios. Es importante señalar que la repercusión general para los adolescentes difiere enormemente entre las regiones. En el 2015, por ejemplo, más de dos tercios de todas las defunciones de adolescentes y más de la mitad de los AVAD perdidos correspondieron a los países de ingresos bajos y medianos de África y de Asia Sudoriental (16a, 16b). Por otro lado, mientras que algunas causas de mortalidad o morbilidad adolescente tienen gran repercusión en todas las regiones (p. ej., los accidentes de tránsito, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, los ahogamientos y los trastornos depresivos), la naturaleza y el efecto relativo de estas y otras cargas difieren enormemente entre las regiones e incluso dentro de una misma región. Por ejemplo, las principales causas de mortalidad adolescente en los países de ingresos bajos y medianos de África son las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades diarreicas. En cambio, en los de las Américas lo son la violencia interpersonal y en los del Mediterráneo Oriental lo son la violencia colectiva y las intervenciones legales (16a). La adolescencia también es una etapa en la que aparecen o se consolidan muchos comportamientos de riesgo o de protección, como la alimentación y la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales, que tienen hondos efectos sobre la salud en la edad adulta.

Dentro del país, conviene estudiar qué subpoblaciones están más expuestas y son más vulnerables a los riesgos para la salud y cuáles tienen menos acceso a los servicios sanitarios, peores resultados en materia de salud y peores repercusiones sociales como consecuencia de una mala salud. En este sentido, es habitual que haya desigualdades según el sexo, los ingresos, el nivel educativo y la residencia rural o urbana (59, 104-106). Los adolescentes especialmente vulnerables son los que padecen discapacidades o enfermedades crónicas (p. ej., anemia drepanocítica o VIH), los que viven en áreas remotas o afectadas por desastres naturales o conflictos armados con las consiguientes alteraciones sociales (p. ej., los refugiados) y los que sufren estigmatización y marginación por su orientación sexual, su identidad de género o su etnia. También son vulnerables los adolescentes que viven en régimen de internamiento o están expuestos a la violencia doméstica o al consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar, los que sufren explotación y malos tratos (p. ej., las niñas empleadas como asistentes de hogar), los que se casan o emigran por trabajo o estudios sin apoyo social o familiar, los que sufren discriminación por motivos de raza o etnia, los que no estudian ni trabajan ni reciben capacitación y los que no disponen de acceso a los servicios sanitarios o de protección social (p. ej., residentes de entornos urbanos y rurales pobres o en situación de indigencia).

“Antes, mi padre le pegaba mucho a mi madre. Al cabo de un tiempo, mi madre se separó de él, pero estaba indecisa y él se presentaba de nuevo en casa, más o menos una vez al mes. Creces y maduras con este problema. Es un problema que afecta a tu madre, pero si convives con ello, también te afecta a ti. Es decir, uno crece absorbiendo la actitud del padre hacia la madre y se fija en ella para no repetirla.”

Testimonio de un muchacho colombiano en la primera adolescencia

1. La Guía AA-HA!: Un momento sin precedentes para la salud de los adolescentes

1.5.

Conceptualización de las intervenciones en favor de la salud de los adolescentes

Hoy en día tenemos la suerte de contar con una cantidad considerable de intervenciones basadas en la evidencia que abordan de forma eficaz algunas de las graves problemáticas de salud que afectan a los adolescentes. Estas intervenciones se recogen en el capítulo 3, que describe las 27 intervenciones basadas en la evidencia de la estrategia mundial en relación con la salud de los adolescentes, ilustradas con ejemplos detallados de iniciativas de la OMS y de otros organismos. Aunque sigue habiendo lagunas en el corpus de datos probatorios (véase el capítulo 6), los países pueden actuar ya con confianza para promover y proteger eficazmente la salud y bienestar de los adolescentes.

Hay muy distintas intervenciones basadas en la evidencia para promover la salud de los adolescentes, según los determinantes o las problemáticas de interés, la población destinataria, las circunstancias y el contexto particular, los niveles ecológicos y los sectores en los cuales funciona mejor una intervención.

Algunas intervenciones se centran en la prevención y el tratamiento de las enfermedades o las lesiones que atañen particularmente a los adolescentes, o bien en sus factores de riesgo, como los atributos, las características y las exposiciones que aumentan la propensión a sufrir un problema de salud a corto plazo o en el futuro (13). Otras pueden considerarse intervenciones de desarrollo positivo, porque inciden en el desarrollo sano del adolescente en el plano físico, sexual, cognoscitivo y psicosocial. Las intervenciones para el desarrollo positivo actúan sobre los factores protectores, que promueven y mantienen los comportamientos positivos y reducen el riesgo de conductas perjudiciales y sus consecuencias adversas, mitigando el efecto de estas últimas y facilitando la recuperación (28). En el glosario se definen otros términos clave que se emplean en este documento. El enfoque de desarrollo positivo para promover la salud de los adolescentes se describe más a fondo en el recuadro 1.2. En la práctica, muchas intervenciones combinan estos dos grandes enfoques.

Recuadro 1.2. Enfoque de desarrollo positivo para las intervenciones y los programas de salud de los adolescentes

El enfoque de desarrollo positivo consiste en apoyar una transición y un crecimiento saludables en la adolescencia, tal como se describe en la sección 1.3, promoviendo un conjunto amplio de aptitudes, comportamientos y cualidades personales para permitir a los adolescentes que transiten satisfactoriamente por su entorno, se relacionen bien con el prójimo, rindan y consigan sus objetivos (109). En última instancia, se potencia la resiliencia y los factores protectores (p. ej., un ambiente escolar positivo y unos padres que proporcionen una estructura y unos límites), en lugar de actuar sobre los factores de riesgo (p. ej., el consumo de tabaco y alcohol). Representa un distanciamiento importante de las intervenciones que abordan la adolescencia como un período problemático y de alto riesgo por los hábitos tóxicos o los comportamientos inadaptados (como el consumo de drogas o alcohol, las prácticas sexuales peligrosas, la delincuencia y la violencia) (20, 66, 110).

Algunos autores centran las intervenciones para el desarrollo positivo en el bienestar social y emocional, por ejemplo, mediante programas que procuran reforzar las “cinco C” de los adolescentes: competencia, confianza, conexión, carácter y consideración/compasión (20, 111). En la Guía AA HA!, en cambio, se utiliza una definición más laxa que abarca la promoción del desarrollo positivo y la salud del adolescente en los planos físico, sexual y neurocognoscitivo.

Como ejemplos pueden citarse los siguientes: los talleres de educación psicológica para padres y madres; los servicios de salud adaptados a los adolescentes (incluidos los que promueven los conocimientos sobre la salud y la participación de los adolescentes en su propio proceso asistencial y en el diseño de servicios), y las escuelas promotoras de la salud (que ofrecen servicios de salud, nutrición e higiene, como las instalaciones para gestionar la higiene menstrual en condiciones de salubridad).

Es importante señalar que el enfoque de desarrollo positivo reconoce a los adolescentes como un activo dentro de la sociedad, y no como un problema (112), procurando facultarlos para que participen de una manera activa en sus familias y comunidades. En efecto, uno de los principios básicos de toda iniciativa fundamentada en los derechos humanos es la participación, que puede adoptar mecanismos distintos con arreglo a la edad y al grado de madurez del adolescente (14, 106). Las investigaciones señalan que pueden obtenerse beneficios protectores significativos cuando los adolescentes participan de relaciones enriquecedoras y prosociales en el marco de actividades estructuradas con otros chicos de su edad y con adultos (113). Por otro lado, el sentido de aceptación y compromiso de los adolescentes con un programa de salud puede verse fortalecido (incrementando su adecuación y eficacia) si ellos mismos participan en la evaluación de las necesidades y en la conceptualización, el diseño, la ejecución y la evaluación de las intervenciones

Muchas intervenciones eficaces para abordar las problemáticas que afectan a los adolescentes son específicas de la adolescencia, es decir, están pensadas exclusiva o principalmente para ellos. Algunos ejemplos son la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), la gestión de la higiene menstrual, los servicios de salud escolar y la educación integral sobre sexualidad.

Asimismo, los adolescentes también se benefician de muchas intervenciones concebidas para grupos de mayor edad o para la población general. Por ejemplo, la reducción de la contaminación del aire en las ciudades contribuye sustancialmente a la salubridad de los entornos urbanos para los niños y los adolescentes. Un ejemplo concreto es la mejora de las redes metropolitanas de transporte público para incrementar la seguridad de las vías peatonales y ciclistas, que tienen un efecto beneficioso para todos, pero especialmente para los niños y los adolescentes (114). Sin embargo, si estas intervenciones no atienden a las necesidades específicas de los adolescentes, el beneficio que estos reciban será menor del que deberían. Por ejemplo, a la hora de imponer un límite de alcoholemia para conducir, habría que tener en cuenta

1.6.

Establecimiento de prioridades, ejecución y evaluación de los programas nacionales

Los ejemplos citados de las distintas cargas y tipos de intervención ilustran la necesidad que tiene cada país de realizar un análisis cuidadoso de sus circunstancias singulares antes de elaborar (o mejorar) sus planes nacionales de promoción de la salud de los adolescentes. Esta labor es más importante que nunca, dados los cambios que están produciéndose en las tendencias nacionales y mundiales de la salud y los servicios sanitarios, el desarrollo económico, el empleo, las migraciones, la urbanización, los conflictos, la degradación del medio ambiente y la innovación tecnológica (55). Es imprescindible que los Gobiernos nacionales evalúen las necesidades particulares de salud de los adolescentes de sus países, determinen las intervenciones basadas en la evidencia que resulten más apropiadas para ellos y, posteriormente, decidan cuáles priorizar dentro de su programación nacional (69). El capítulo 4 proporciona unas pautas detalladas para llevar a cabo este proceso.

que la alteración de las capacidades motrices se produce en los adolescentes con concentraciones sanguíneas de alcohol más bajas que en los adultos, de modo que la legislación tendría que fijar un nivel de alcoholemia más bajo para los adolescentes. Además, no solo las intervenciones estructurales tienen que adaptarse a las necesidades específicas de los adolescentes: muchas intervenciones individuales también tienen que ajustarse a la edad (p. ej., la oferta de un apoyo adicional, adaptado a los adolescentes, sobre la comunicación del seroestado y el cumplimiento de los tratamientos, en el caso de los chicos con infección por el VIH).

El capítulo 3 resume tanto las intervenciones dirigidas exclusivamente a los adolescentes como las que engloban a los adolescentes dentro un grupo más amplio, procurando aclarar los aspectos de cada una que son específicos de la adolescencia y subrayando las necesidades especiales de los adolescentes en el diseño y la ejecución de las intervenciones a cualquier nivel del marco ecológico: desde el nivel estructural o ambiental hasta el nivel individual.

No bastará con determinar a conciencia las prioridades de salud de los adolescentes, y elegir las intervenciones basadas en la evidencia más adecuadas para abordarlas, si no se adoptan programas nacionales eficaces y eficientes para llevarlas a la práctica. El capítulo 5 explica cómo planificar y ejecutar dichos programas nacionales y trata asuntos clave como el liderazgo multisectorial, los recursos, los sistemas de protección financiera, la fuerza laboral, la calidad de servicio, los sistemas de información y gestión, las políticas, la participación de los adolescentes, la confidencialidad y la equidad.

Por último, para que los programas nacionales alcancen sus objetivos, es esencial planificar bien unos sistemas de evaluación y seguimiento y ponerlos en marcha. La investigación también es crucial para que los programas de salud de los adolescentes sean eficaces. El capítulo 6 aporta orientaciones sobre estos temas, incluidas las consideraciones particulares para los adolescentes, como el requisito ético-jurídico del consentimiento y el grado de participación y compromiso de los adolescentes con arreglo a sus capacidades.

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

Mensajes clave:

- En el 2015, más de dos terceras partes de las defunciones de adolescentes se produjeron en los países de ingresos bajos y medianos de las regiones de África (45%) y de Asia Sudoriental (26%), dos áreas que tienen poblaciones importantes de adolescentes y tasas elevadas de mortalidad adolescente.
- Algunas cargas de morbilidad y lesiones afectan a los adolescentes de todo el mundo. Las lesiones causadas por accidentes de tránsito, los ahogamientos, las conductas autolesivas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la anemia ferropénica y los trastornos depresivos tienen un peso muy importante en la mayoría de las regiones.
- Algunas causas de muerte o de pérdida de AVAD afectan más a un sexo o a unas edades concretas. Entre los varones, destacan los accidentes de tránsito, los ahogamientos, la violencia interpersonal y los trastornos de la conducta de la niñez, mientras que entre las chicas sobresalen las afecciones maternas y los trastornos de ansiedad; entre los adolescentes más jóvenes, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la anemia ferropénica, y entre los adolescentes mayores, los accidentes de tránsito, las conductas autolesivas, la violencia interpersonal y los trastornos depresivos.
- Las cargas de morbilidad y lesiones tienen distintas repercusiones sobre las poblaciones de adolescentes en las diferentes regiones de la OMS modificadas. A título ilustrativo, a continuación se enumeran las causas más importantes de muerte o de pérdida de AVAD en algunas regiones:¹
 - Países de ingresos bajos y medianos de África: infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedades diarreicas, meningitis e infección por el VIH/sida.
 - Países de ingresos bajos y medianos de las Américas: violencia interpersonal y asma.
 - Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental: violencia colectiva e intervenciones legales.
 - Países de ingresos bajos y medianos de Europa: conductas autolesivas y trastornos depresivos.
 - Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental: enfermedades diarreicas y tuberculosis.
 - Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental: leucemia y enfermedades cutáneas.
 - Países de ingresos altos: anomalías congénitas y trastornos de depresión, de ansiedad y de la conducta infantil.
- En la franja etaria de 10-14 años y en ambos sexos, los principales tres factores de riesgo para la salud son: el agua contaminada, el mal estado de las instalaciones de saneamiento y el lavado inadecuado de las manos.
- En la franja de 15-19 años, también adquieren gran relevancia los factores de riesgo como el consumo de alcohol y el tabaquismo, las prácticas sexuales peligrosas y el consumo de drogas, junto con la violencia infligida por el compañero íntimo y los accidentes laborales.
- Las necesidades de salud de los adolescentes se recrudecen en los entornos humanitarios y frágiles, sobre todo por las problemáticas siguientes: desnutrición; discapacidad; lesiones no intencionales; violencia; cuestiones de salud sexual y reproductiva (p. ej., embarazos precoces, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, abortos peligrosos, etc.); deficiencias del agua y las instalaciones de saneamiento y necesidades de salud relacionadas (p. ej., higiene menstrual), y trastornos mentales.

Este capítulo describe las principales cargas de morbilidad y lesiones que afectan al bienestar de los adolescentes.² Primero, la sección 2.1 repasa a grandes rasgos dichas cargas a nivel mundial y por regiones de la OMS, por niveles económicos de los países, por sexos y por edades. A continuación, de las secciones 2.2 a 2.7 se abunda en cada una de las cargas, bajo seis grandes áreas de salud. Por último, la sección 2.8 detalla la naturaleza particular de las problemáticas que afectan a los adolescentes en los entornos humanitarios y frágiles.

Los datos que se presentan en este capítulo proceden de las estimaciones mundiales de la OMS correspondientes al 2015³ sobre mortalidad y carga de morbilidad (16a, 16b). Los cambios que haya con respecto a las cifras del 2012 pueden reflejar una variación real en la causa de mortalidad o pérdida de AVAD o bien un cambio en los métodos e hipótesis empleados para las estimaciones. En algunos casos, los cambios en las hipótesis o modelos de cálculo suponen una diferencia notable en la clasificación de una causa de muerte o de pérdida de AVAD.

Un ejemplo reseñable sería el sida, que en el 2012 fue considerado la primera causa mundial de muerte en personas de 10-19 años, pero en el 2015 quedó en octavo lugar. La diferencia se debe en gran parte a los cambios en los métodos utilizados para calcular la carga de VIH específica según la edad y el sexo. Con todo, el sida sigue siendo la cuarta causa de muerte en personas de 10-19 años en los países africanos de ingresos bajos y medianos, a pesar de las mejoras en la detección, el tratamiento y la atención.

La clasificación relativa de las causas de muerte y de las cargas de morbilidad refleja los conocimientos más actualizados en este momento, teniendo en cuenta la disponibilidad y la calidad de los datos sobre las causas de muerte y la prevalencia y la incidencia de las enfermedades en el mundo. A medida que mejore la calidad de los datos, los cálculos ganarán solidez y es posible que el panorama cambie en algunas regiones. No obstante, hay medidas importantes que pueden adoptarse desde ya para mejorar la supervivencia, la salud y el bienestar de todos los adolescentes.

1. Téngase en cuenta que esto no excluye que la tasa sea más alta en otra región, aunque no se encuentre entre las primeras cinco de la región. La clasificación refleja la repercusión de una causa de muerte o pérdida de AVAD en relación con otras causas en la población regional.

2. Todas las cifras, las tasas y las clasificaciones citadas en este capítulo provienen de las estimaciones mundiales de salud de la OMS correspondientes al 2015. El anexo 1 (sección 1.2.1) describe la metodología y los análisis que se siguen para estos cálculos, mientras que el cuadro 3.1 enumera las 27 intervenciones mundiales que propone la estrategia para promover la salud de los adolescentes.

3. Estas estimaciones difieren sustancialmente de las correspondientes al 2012, que se presentaron en el informe Salud para los adolescentes del mundo (2014), y no pueden compararse directamente con las estimaciones anteriores de la OMS.

2.1.

Cargas y factores de riesgo mundiales

En el 2015 murieron cerca de 1,2 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años. En el cuadro 2.1 se enumeran las cinco primeras causas de muerte de adolescentes a nivel mundial, por sexos y por franjas de edad, y en la figura 2.1 se esquematizan gráficamente. Los accidentes de tránsito son la primera causa de muerte para los varones de ambos grupos etarios, mientras que para las chicas son las infecciones de las vías respiratorias inferiores en la primera

adolescencia y las afecciones maternas en las adolescentes más mayores. Algunas causas ocupan un lugar particularmente alto solo en los varones (p. ej., los ahogamientos) o en las chicas (p. ej., las afecciones maternas), o bien en los adolescentes más jóvenes (p. ej., las infecciones de las vías respiratorias inferiores) o los mayores (p. ej., la violencia interpersonal y las conductas autolesivas).

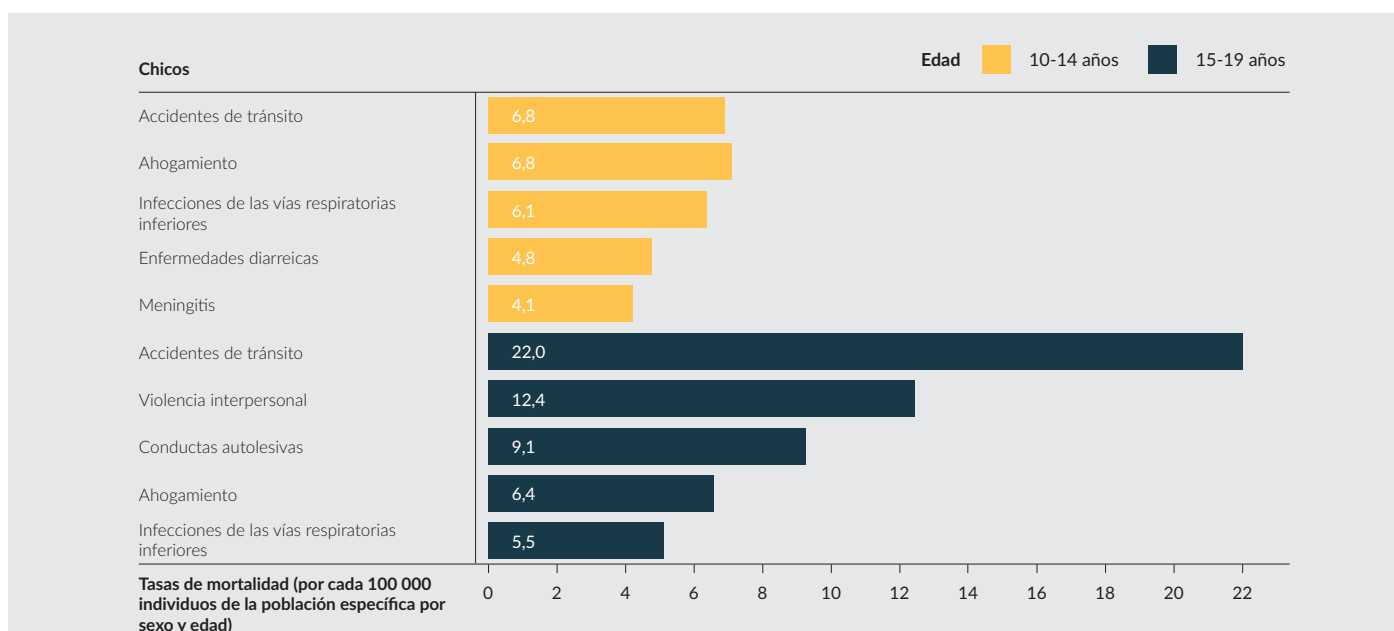
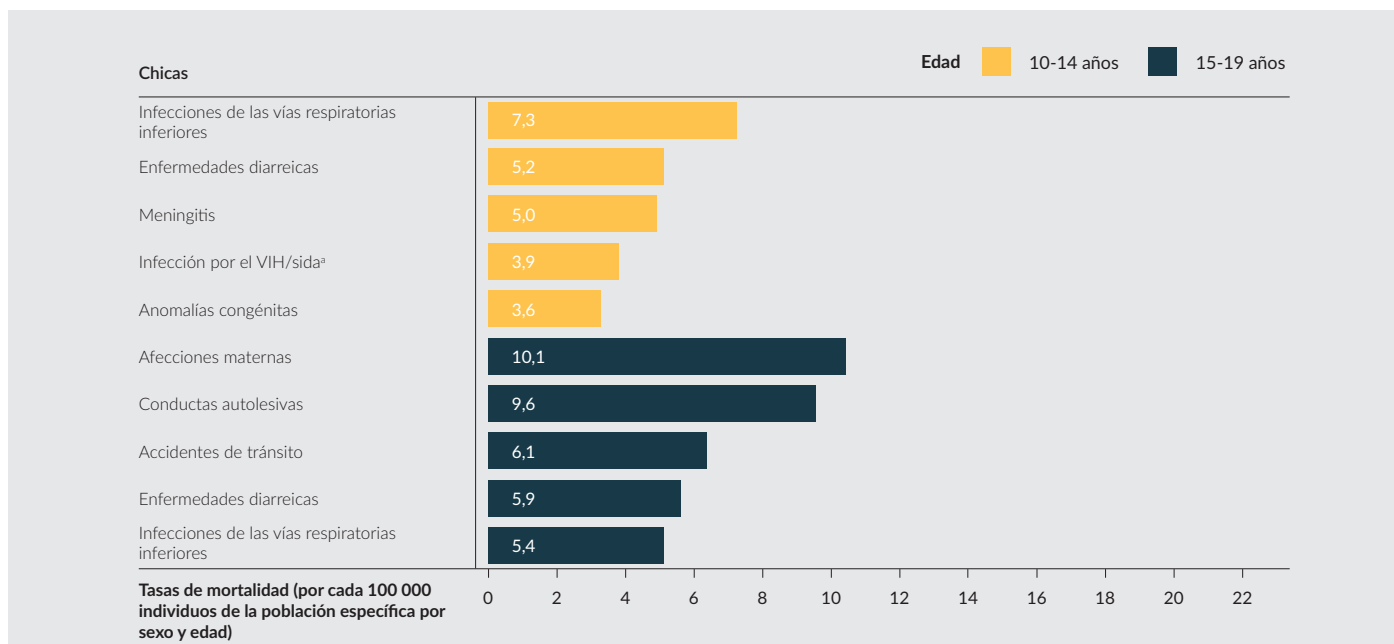
Cuadro 2.1. Principales causas de mortalidad adolescente a nivel mundial, por sexos y franjas de edad (2015)

Causas mundiales de muerte (tasa de mortalidad por cada 100 000 individuos de la población específica por sexos y edades)									
Clasificación	10-14 años			15-19 años			10-19 años		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
1	Accidentes de tránsito (6,8)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (7,3)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,7)	Accidentes de tránsito (22,0)	Afecciones maternas (10,1)	Accidentes de tránsito (14,4)	Accidentes de tránsito (14,3)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,3)	Accidentes de tránsito (9,6)
2	Ahogamiento (6,8)	Enfermedades diarreicas (5,2)	Ahogamiento (5,2)	Violencia interpersonal (12,4)	Conductas autolesivas (9,6)	Conductas autolesivas (9,4)	Violencia interpersonal (6,8)	Conductas autolesivas (5,6)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,1)
3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,1)	Meningitis (5,0)	Accidentes de tránsito (5,1)	Conductas autolesivas (9,1)	Accidentes de tránsito (6,1)	Violencia interpersonal (7,6)	Ahogamiento (6,6)	Enfermedades diarreicas (5,6)	Conductas autolesivas (5,6)
4	Enfermedades diarreicas (4,8)	Sida ^a (3,9)	Enfermedades diarreicas (5,0)	Ahogamiento (6,4)	Enfermedades diarreicas (5,9)	Enfermedades diarreicas (5,6)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (5,8)	Afecciones maternas (5,0)	Enfermedades diarreicas (5,3)
5	Meningitis (4,1)	Anomalías congénitas (3,6)	Meningitis (4,5)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (5,5)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (5,4)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (5,5)	Conductas autolesivas (5,6)	Accidentes de tránsito (4,6)	Ahogamiento (4,8)

^a Las estimaciones del 2015 sitúan el sida en posición más baja que las anteriores a raíz de que el ONUSIDA reevaluase los datos introducidos en el modelo de Spectrum, el programa informático que se utiliza para elaborar los cálculos. La repetición del análisis de las estimaciones del 2012 indica que se sobreevaluó el sida al clasificarlo como segunda causa de mortalidad adolescente a nivel mundial. Sea como sea, el sida sigue siendo una de las principales causas de muerte para los adolescentes, en particular en los países africanos de ingresos bajos y medianos. Fuente: (16a, 16c).

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

Figura 2.1. Cinco primeras causas de mortalidad adolescente, por sexos y edades (estimación de 2015)



* Las estimaciones del 2015 sitúan el sida en posición más baja que las anteriores a raíz de que el ONUSIDA reevaluase los datos introducidos en el modelo de Spectrum, el programa informático que se utiliza para elaborar los cálculos. La repetición del análisis de las estimaciones del 2012 indica que se sobrevaloró el sida al clasificarlo como segunda causa de mortalidad adolescente a nivel mundial. Sea como sea, el sida sigue siendo una de las principales causas de muerte para los adolescentes, en particular en los países africanos de ingresos bajos y medianos.

Fuente: (16a, 16c).

En el cuadro 2.2 se recoge el tamaño de las poblaciones adolescentes y las tasas generales de mortalidad y pérdida de AVAD,4 a nivel mundial y en las siete regiones de la OMS modificadas.⁵ La figura 2.2 esquematiza los datos gráficamente. Casi dos tercios de las defunciones y de los AVAD perdidos se concentran en los países de ingresos bajos y medianos de África y de Asia Sudoriental, regiones que albergan, respectivamente, 19% y 30% de los adolescentes del mundo.

La tasa regional de mortalidad adolescente más elevada corresponde a los países de ingresos bajos y medianos de África (243 defunciones por cada 100 000 adolescentes), seguida de los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental (115 defunciones por cada 100 000 adolescentes). Las tasas más bajas equivalen a una sexta parte y una décima parte de las cifras de África, a saber: 40 por cada 100 000 en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental y 24 por cada 100 000 en los países de ingresos altos.

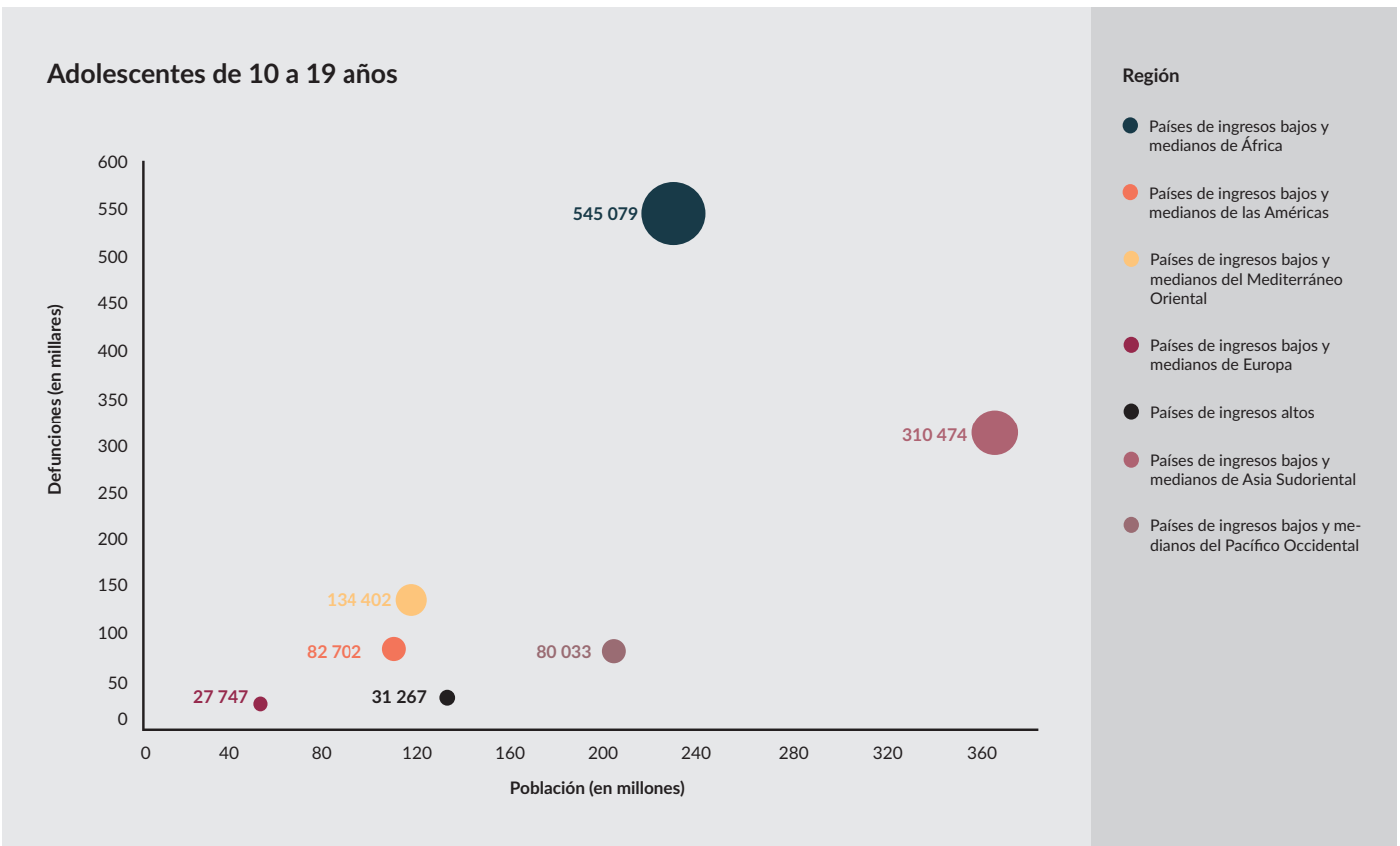
Cuadro 2.2. Tamaño de las poblaciones adolescentes y tasas generales de mortalidad y pérdida de AVAD, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas (2015)

Adolescentes (10-19 años)	Mundo	Países de ingresos bajos y medianos de África	Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental	Países de ingresos bajos y medianos de Europa	Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental	Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental	Países de ingresos altos
Población en millones (%)	1 197 (100)	225 (19)	108 (9)	117 (10)	50 (4)	362 (30)	201 (17)	130 (11)
Defunciones en millares (%)	1 213 (100)	545 (45)	83 (7)	134 (11)	28 (2)	310 (26)	80 (7)	31 (3)
Tasa de mortalidad (defunciones por cada 100 000 adolescentes)	101	243	77	115	55	86	40	24
AVAD perdidos en millones (%)	168 (100)	58 (35)	13 (8)	18 (11)	5 (3)	47 (28)	17 (10)	10 (6)
Tasa de AVAD (AVAD perdidos por cada 100 000 adolescentes)	14 078	25 936	11 784	15 713	9 770	13 112	8 276	7 545

⁴ El año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) combina los años de vida de una persona perdidos a causa de la muerte prematura y los años de vida vividos en estados de salud infraóptimos (3). Sumar los AVAD dentro de una población es una forma de medir la brecha entre el estado de salud actual y una situación sanitaria ideal, en la cual toda la población llega a una edad avanzada sin padecer enfermedades ni discapacidad.

⁵ Para configurar las siete regiones de la OMS modificadas, se sustrajeron todos los países de ingresos altos de cada una de las seis regiones de la OMS y se agruparon en un nuevo conjunto de países de ingresos elevados. A continuación se analizaron los datos de las estimaciones mundiales de salud del 2015 en relación con ese grupo, así como en relación con los demás países de ingresos bajos y medianos que quedaron en cada una de las seis regiones de la OMS. Véase el anexo 1, sección A1.2.1, que contiene más información al respecto.

Figura 2.2. Defunciones de adolescentes, por tamaño de población y región de la OMS modificada (estimación del 2015)



2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

Se calcula que las tasas mundiales de mortalidad adolescente han bajado, aproximadamente, 17% desde el 2000 (16a), una disminución que se trasluce en la mayoría de las regiones de la OMS modificadas. Las reducciones relativas más acentuadas (30-37%) se han producido en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental, de Europa y del Pacífico Occidental, seguidos de los de África (25%). En los países de ingresos bajos y medianos de las Américas y del Mediterráneo Oriental no se constatan reducciones de tal magnitud: en ellos, la mortalidad solo ha decrecido 5% y 2%, respectivamente.

En el cuadro 2.3 y la figura 2.3 se enumeran las principales problemáticas que contribuyen a las grandes diferencias regionales de la carga de morbilidad adolescente, según se desprende de las cinco primeras causas de mortalidad adolescente en cada una de las siete regiones de la OMS modificadas.

En el cuadro 2.3 se observa que algunas causas de muerte son importantes en todas las regiones o en la mayoría, como los accidentes de tránsito, las conductas autolesivas y los ahogamientos, mientras que otras solo ocupan puestos elevados en algunas regiones, como la meningitis y el sida, que afectan especialmente a los países de ingresos bajos y medianos de África, las enfermedades diarreicas y la tuberculosis en Asia Sudoriental, la violencia interpersonal en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos de las Américas y del Mediterráneo Oriental, la violencia colectiva y las intervenciones legales en el Mediterráneo Oriental, las anomalías congénitas en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos de Europa y del Pacífico Occidental y la leucemia en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental.

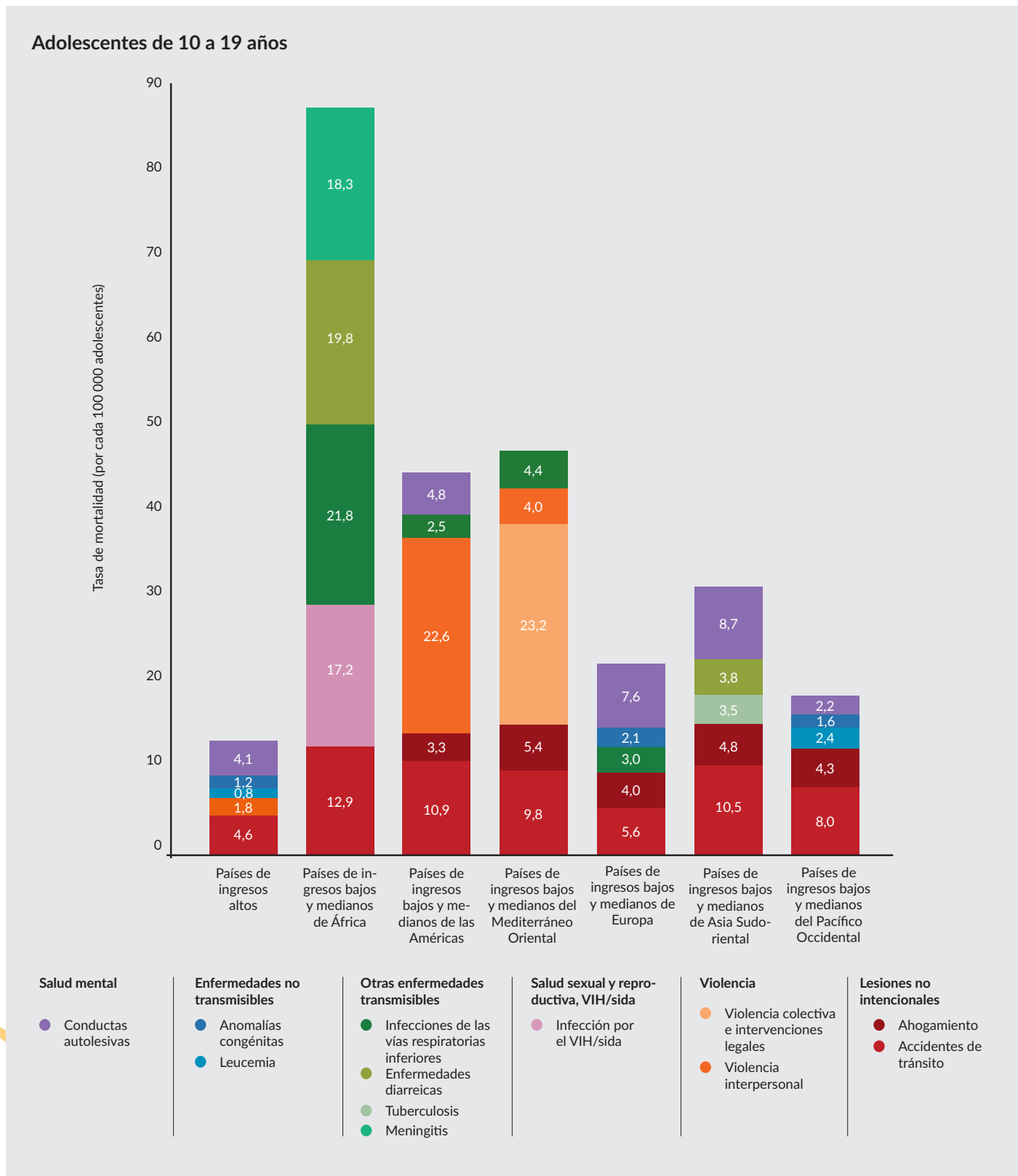
Cuadro 2.3. Principales causas de mortalidad adolescente por regiones de la OMS modificadas, en adolescentes de 10-19 años (tasa de mortalidad por cada 100 000 adolescentes), 2015

Clasificación	Países de ingresos bajos y medianos de África	Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental	Países de ingresos bajos y medianos de Europa	Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental	Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental	Países de ingresos altos
1	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (21,8)	Violencia interpersonal (22,6)	Violencia colectiva e intervenciones legales (23,2)	Conductas autolesivas (7,6)	Accidentes de tránsito (10,5)	Accidentes de tránsito (8,0)	Accidentes de tránsito (4,6)
2	Enfermedades diarreicas (19,8)	Accidentes de tránsito (10,9)	Accidentes de tránsito (9,8)	Accidentes de tránsito (5,6)	Conductas autolesivas (8,7)	Ahogamiento (4,3)	Conductas autolesivas (4,1)
3	Meningitis (18,3)	Conductas autolesivas (4,8)	Ahogamiento (5,4)	Ahogamiento (4,0)	Ahogamiento (4,8)	Leucemia (2,4)	Violencia interpersonal (1,8)
4	Sida ^a (17,2)	Ahogamiento (3,3)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (4,4)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (3,0)	Enfermedades diarreicas (3,8)	Conductas autolesivas (2,2)	Anomalías congénitas (1,2)
5	Accidentes de tránsito (12,9)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (2,5)	Violencia interpersonal (4,0)	Anomalías congénitas (2,1)	Tuberculosis (3,5)	Anomalías congénitas (1,6)	Leucemia (0,8)

^a Las estimaciones del 2015 sitúan el sida en posición más baja que las anteriores a raíz de que el ONUSIDA reevaluase los datos introducidos en el modelo de Spectrum, el programa informático que se utiliza para elaborar los cálculos. La repetición del análisis de las estimaciones del 2012 indica que se sobrevaloró el sida al clasificarlo como segunda causa de mortalidad adolescente a nivel mundial. Sea como sea, el sida sigue siendo una de las principales causas de muerte para los adolescentes, en particular en los países africanos de ingresos bajos y medianos.

Fuente: (16a, 16c).

Figura 2.3. Cinco primeras causas de mortalidad adolescente, por regiones de la OMS modificadas (estimación del 2015)



2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

El cuadro 2.4 y la figura 2.4 recogen las cinco primeras causas de pérdida de AVAD entre los adolescentes en todo el mundo, por sexos y grupos de edad. Destaca la anemia ferropénica, por ser la principal causa en la franja etaria de 10 a 14 años, tanto en los niños como en las niñas, así como para las chicas de 15 a 19 años.

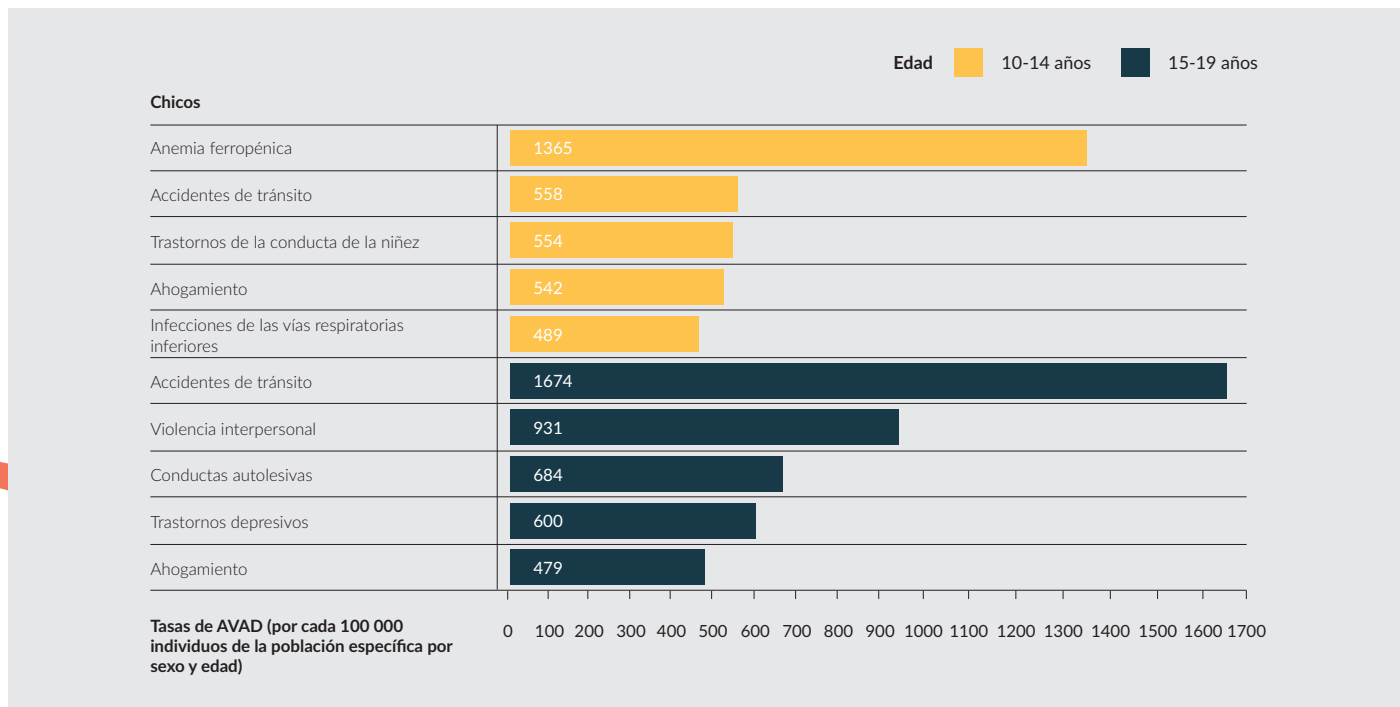
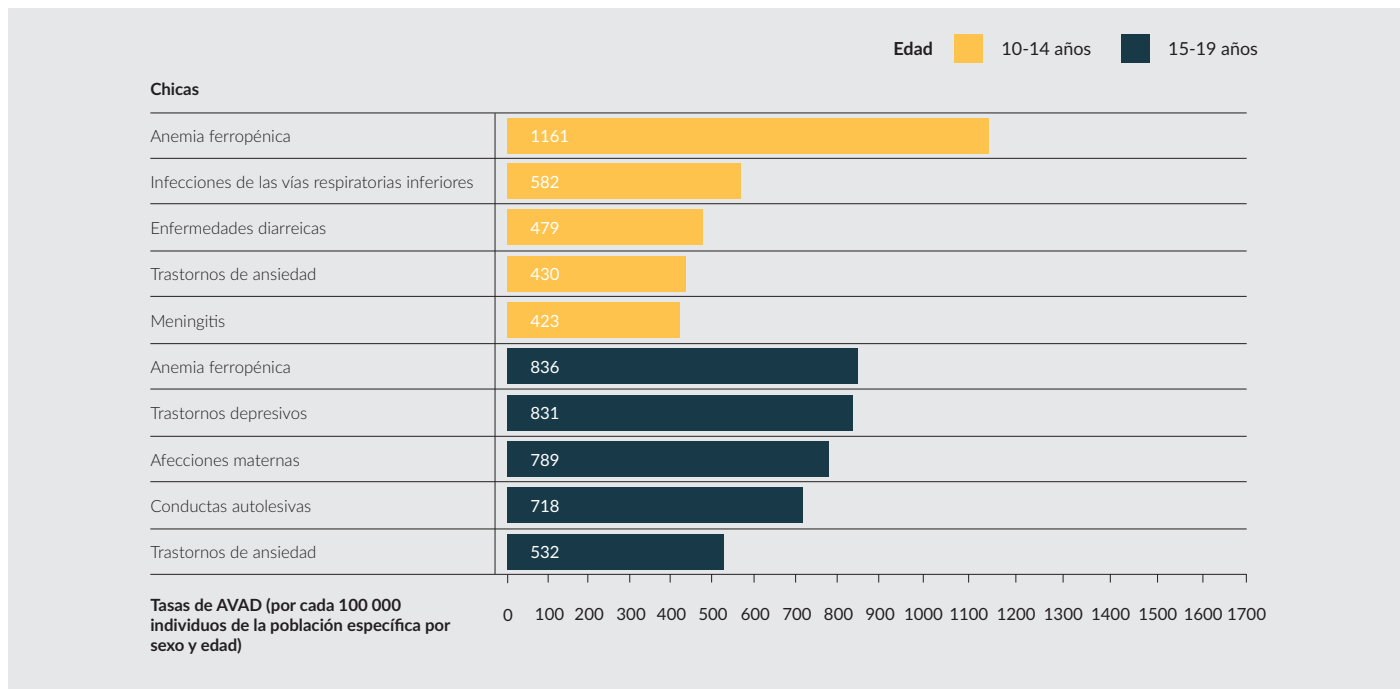
Algunas causas de pérdida de AVAD solo tienen una relevancia particularmente alta para los varones (p. ej., los accidentes de tránsito y los ahogamientos) o para las chicas (p. ej., la ansiedad y las afecciones maternas), o entre los adolescentes más jóvenes (p. ej., las infecciones de las vías respiratorias inferiores) o los más mayores (conductas autolesivas y trastornos depresivos).

Cuadro 2.4. Principales causas de pérdida de AVAD en los adolescentes a nivel mundial, por sexos y franjas de edad (2015)

Causas mundiales de pérdida de AVAD (tasas de AVAD por cada 100 000 adolescentes)									
Clasificación	10-14 años			15-19 años			10-19 años		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
1	Anemia ferropénica (1 365)	Anemia ferropénica (1 161)	Anemia ferropénica (1 267)	Accidentes de tránsito (1674)	Anemia ferropénica (836)	Accidentes de tránsito (1 094)	Accidentes de tránsito (1 108)	Anemia ferropénica (1 001)	Anemia ferropénica (958)
2	Accidentes de tránsito (558)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (582)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (534)	Violencia interpersonal (931)	Trastornos depresivos (831)	Trastornos depresivos (712)	Anemia ferropénica (917)	Trastornos depresivos (572)	Accidentes de tránsito (749)
3	Trastornos de conducta de la niñez (554)	Enfermedades diarreicas (479)	Enfermedades diarreicas (457)	Conductas autolesivas (684)	Afecciones maternas (789)	Conductas autolesivas (701)	Violencia interpersonal (518)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (495)	Trastornos depresivos (491)
4	Ahogamiento (542)	Trastornos de ansiedad (430)	Trastornos de conducta de la niñez (451)	Trastornos depresivos (600)	Conductas autolesivas (718)	Anemia ferropénica (640)	Ahogamiento (511)	Enfermedades diarreicas (489)	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (473)
5	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (489)	Meningitis (423)	Accidentes de tránsito (415)	Ahogamiento (479)	Trastornos de ansiedad (532)	Violencia interpersonal (568)	Trastornos de conducta de la niñez (494)	Trastornos de ansiedad (480)	Enfermedades diarreicas (467)

Fuente: (16b).

Figura 2.4. . Cinco primeras causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en los adolescentes, por sexos y edades (estimación del 2015)



2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

En el cuadro 2.5 y la figura 2.5 se recogen las cinco primeras causas de pérdida de AVAD en los adolescentes en las siete regiones de la OMS modificadas. También este cuadro pone de manifiesto que algunas causas son importantes en la mayoría o en todas las regiones modificadas (anemia ferropénica, trastornos depresivos y accidentes de tránsito). Además, varias problemáticas que son importantes causas de mortalidad adolescente en algunas regiones (cuadro 2.3) también lo son de pérdida de AVAD (cuadro 2.5), como las enfermedades infecciosas en su conjunto, en los países de ingresos bajos y medianos de África; la violencia interpersonal, en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas; la violencia colectiva y las intervenciones legales, en los países

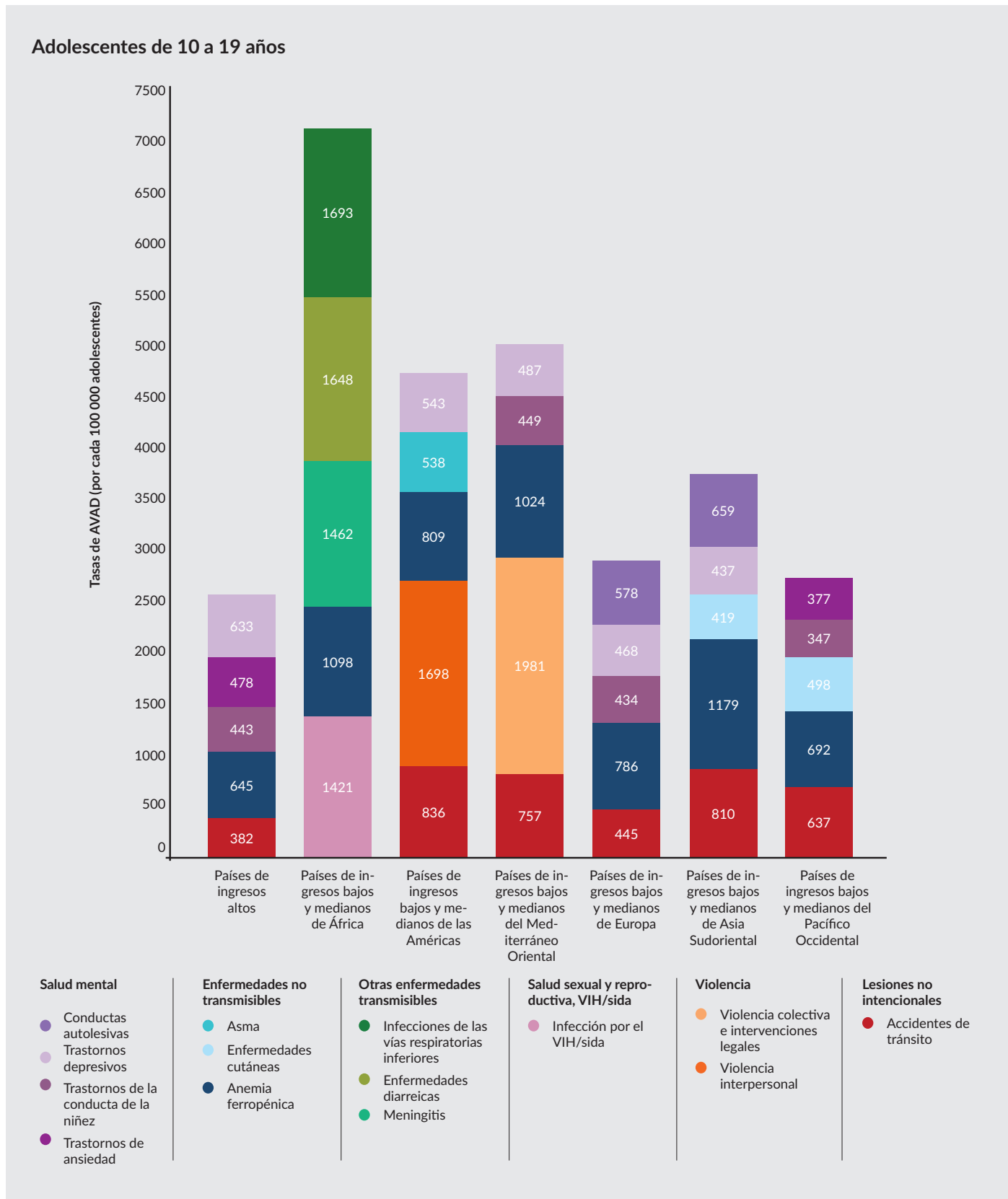
de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, y las conductas autolesivas, en los países de ingresos bajos y medianos de Europa y de Asia Sudoriental. Otras causas de pérdida de AVAD en los adolescentes que tienen gran relevancia en algunas de las regiones de la OMS modificadas son: el asma, en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas; los trastornos de la conducta de la niñez, en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, de Europa y del Pacífico Occidental, y los trastornos de ansiedad, en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental.

Cuadro 2.5. Principales causas de pérdida de AVAD en los adolescentes por regiones de la OMS modificadas, entre los adolescentes de 10-19 años (tasas de AVAD por cada 100 000 adolescentes), 2015

Clasificación	Países de ingresos bajos y medianos de África	Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental	Países de ingresos bajos y medianos de Europa	Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental	Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental	Países de ingresos altos
1	Infecciones de las vías respiratorias inferiores (1 693)	Violencia interpersonal (1 698)	Violencia colectiva e intervenciones legales (1 981)	Anemia ferropénica (786)	Anemia ferropénica (1 179)	Anemia ferropénica (692)	Anemia ferropénica (645)
2	Enfermedades diarreicas (1 648)	Accidentes de tránsito (836)	Anemia ferropénica (1 024)	Conductas autolesivas (578)	Accidentes de tránsito (810)	Accidentes de tránsito (637)	Trastornos depresivos (633)
3	Meningitis (1 462)	Anemia ferropénica (809)	Accidentes de tránsito (757)	Trastornos depresivos (468)	Conductas autolesivas (659)	Enfermedades cutáneas (498)	Trastornos de ansiedad (478)
4	Infección por VIH/sida (1 421)	Trastornos depresivos (543)	Trastornos depresivos (487)	Accidentes de tránsito (445)	Trastornos depresivos (437)	Trastornos de ansiedad (377)	Trastornos de conducta de la niñez (443)
5	Anemia ferropénica (1 098)	Asma (538)	Trastornos de conducta de la niñez (449)	Trastornos de conducta de la niñez (434)	Enfermedades cutáneas (419)	Trastornos de conducta de la niñez (347)	Accidentes de tránsito (382)

Fuente: (16b).

Figura 2.5. Cinco primeras causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) entre los adolescentes, por regiones de la OMS modificadas (2015)



2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

En los cuadros 2.6 y 2.7 se enumeran, por orden de relevancia, los factores de riesgo mundiales de mortalidad y de pérdida de AVAD en los adolescentes, según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad del 2013 (17). Este estudio constata que los problemas relacionados con el agua, la higiene y el saneamiento (como la contaminación del agua, el mal estado de las instalaciones sanitarias y el lavado inadecuado de las manos) se encuentran entre los principales factores de riesgo de morbilidad, a nivel mundial, para los adolescentes de entre 10 y 14 años. Otros factores de riesgo ambientales (la contaminación del aire en el interior de la vivienda y la exposición a partículas y al plomo) también son muy relevantes para los adolescentes más jóvenes. Además, la anemia ferropénica es el primer factor de riesgo de pérdida de AVAD para los adolescentes jóvenes.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad del 2013 determinó que todos estos problemas también son factores de riesgo para los adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo. Sin embargo, en el grupo de mayor edad los más importantes fueron los comportamientos de riesgo (el consumo de alcohol, las prácticas sexuales peligrosas y, en menor medida, el consumo de drogas), cuya relevancia relativa es menor para los adolescentes más jóvenes. Otros factores de riesgo clave que quedaron entre los 15 primeros para los adolescentes mayores (pero no para los más

jóvenes) son los riesgos laborales, es decir, los problemas de ergonomía, el ruido y los accidentes de trabajo. Cabe recordar que hay factores de riesgo o de protección (como la regulación paterna o la conexión con la escuela, la familia o los amigos y compañeros) que, aun siendo significativos, no se incluyeron en los modelos del estudio.

Por otra parte, el estudio sobre la carga mundial de morbilidad del 2013 señala dos patrones importantes en los factores de riesgo, relacionados con las enfermedades no transmisibles y la violencia. En concreto, se constató que los cuatro grupos de edad/sexo presentaban una prevalencia elevada de los factores de riesgo relacionados con la mala alimentación y la escasa actividad física (a saber: hiperglucemia en ayunas e hipertensión), cuya relevancia resultó particularmente alta para los adolescentes más jóvenes de ambos sexos. Además, los abusos sexuales en la infancia fueron un factor de riesgo para todos los adolescentes, mientras que la violencia infligida por el compañero íntimo fue un factor de riesgo prominente para las adolescentes mayores y las mujeres jóvenes. La sección A2.1 del anexo 2 aporta ejemplos de los factores de riesgo de todas las enfermedades y las lesiones que afectan específicamente a los adolescentes y que se describen en el capítulo 2.

Cuadro 2.6. Principales factores de riesgo asociados con la mortalidad adolescente, por sexos y grupos de edad (2013)

Factores de riesgo mundiales asociados con la mortalidad adolescente						
Clasificación	10-14 años de edad			15-19 años de edad		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
1	Agua contaminada	Agua contaminada	Agua contaminada	Consumo de alcohol	Prácticas sexuales peligrosas	Consumo de alcohol
2	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Prácticas sexuales peligrosas	Agua contaminada	Prácticas sexuales peligrosas
3	Lavado inadecuado de las manos	Lavado inadecuado de las manos	Lavado inadecuado de las manos	Agua contaminada	Violencia infligida por el compañero íntimo	Agua contaminada
4	Consumo de alcohol	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Consumo de alcohol	Mal estado de las instalaciones sanitarias
5	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Filtración glomerular baja	Consumo de alcohol	Accidentes laborales	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Lavado inadecuado de las manos
6	Filtración glomerular baja	Carencia de hierro	Filtración glomerular baja	Lavado inadecuado de las manos	Lavado inadecuado de las manos	Accidentes laborales
7	Partículas ambientales	Consumo de alcohol	Carencia de hierro	Consumo de drogas	Carencia de hierro	Violencia infligida por el compañero íntimo
8	Carencia de hierro	Partículas ambientales	Partículas ambientales	Filtración glomerular baja	Consumo de drogas	Consumo de drogas
9	Hiperglucemia en ayunas	Hiperglucemia en ayunas	Hiperglucemia en ayunas	Abusos sexuales en la niñez	Abusos sexuales en la niñez	Filtración glomerular baja
10	Abusos sexuales en la niñez	Hipertensión	Abusos sexuales en la niñez	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Filtración glomerular baja	Abusos sexuales en la niñez
11	Hipertensión	Abusos sexuales en la niñez	Hipertensión	Hipertensión	Accidentes laborales	Carencia de hierro
12	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas	Carencia de hierro	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Contaminación del aire en el interior de la vivienda
13	N/D	N/D	N/D	Partículas ambientales	Hiperglucemia en ayunas	Hiperglucemia en ayunas
14	N/D	N/D	N/D	Hiperglucemia en ayunas	Hipertensión	Hipertensión
15	N/D	N/D	N/D	Partículas ocupacionales	Partículas ambientales	Partículas ambientales

Fuente: (17). N/D: Datos no disponibles.

Cuadro 2.7. Principales factores de riesgo asociados con la pérdida de AVAD en los adolescentes, por sexos y grupo de edad (2013)

Factores de riesgo mundiales asociados con la pérdida de AVAD en los adolescentes						
Clasificación	10-14 años de edad			15-19 años de edad		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
1	Carencia de hierro	Carencia de hierro	Carencia de hierro	Consumo de alcohol	Carencia de hierro	Consumo de alcohol
2	Agua contaminada	Agua contaminada	Agua contaminada	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas
3	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Agua contaminada	Agua contaminada	Carencia de hierro
4	Lavado inadecuado de las manos	Lavado inadecuado de las manos	Lavado inadecuado de las manos	Consumo de drogas	Violencia infligida por el compañero íntimo	Agua contaminada
5	Filtración glomerular baja	Filtración glomerular baja	Filtración glomerular baja	Carencia de hierro	Consumo de alcohol	Consumo de drogas
6	Consumo de alcohol	Hiper glucemia en ayunas	Hiper glucemia en ayunas	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias	Mal estado de las instalaciones sanitarias
7	Hiper glucemia en ayunas	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Consumo de alcohol	Accidentes laborales	Consumo de drogas	Lavado inadecuado de las manos
8	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Abusos sexuales en la niñez	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Filtración glomerular baja	Lavado inadecuado de las manos	Violencia infligida por el compañero íntimo
9	Abusos sexuales en la niñez	Consumo de alcohol	Abusos sexuales en la niñez	Lavado inadecuado de las manos	Abusos sexuales en la niñez	Filtración glomerular baja
10	Partículas ambientales	Partículas ambientales	Partículas ambientales	Abusos sexuales en la niñez	Filtración glomerular baja	Abusos sexuales en la niñez
11	Plomo	Hipertensión	Plomo	Ergonomía en el trabajo	Hiper glucemia en ayunas	Accidentes laborales
12	Hipertensión	Plomo	Hipertensión	Hiper glucemia en ayunas	Ergonomía en el trabajo	Hiper glucemia en ayunas
13	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas	Prácticas sexuales peligrosas	Ruido en el trabajo	Accidentes laborales	Ergonomía en el trabajo
14	Consumo de drogas	Consumo de drogas	Consumo de drogas	Hipertensión	Hipertensión	Hipertensión
15	Carencia de vitamina A	Carencia de vitamina A	Carencia de vitamina A	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Contaminación del aire en el interior de la vivienda	Contaminación del aire en el interior de la vivienda

Fuente: (17).

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

2.2.

Lesiones no intencionales

Los **accidentes de tránsito** fueron la principal causa de muerte para los adolescentes de 10-19 años (cuadro 2.1) y causaron cerca de 115 000 defunciones de adolescentes en el 2015. Se ven afectados todos los subgrupos regionales de sexos y edades, aunque la mayor carga corresponde a los muchachos mayores y los hombres jóvenes. Los accidentes de tránsito también fueron la primera o segunda causa de muerte en adolescentes en seis de las siete regiones de la OMS modificadas, con la única excepción de los países de ingresos bajos y medianos de África, donde las otras cargas de morbilidad (sida, infecciones de las vías respiratorias inferiores, meningitis y enfermedades diarreicas) son tan grandes que los accidentes de tránsito quedaron en quinto lugar como causa de mortalidad adolescente, si bien en dichos países africanos la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito (13/100 000) fue más alta que en las demás regiones. A continuación, las tasas más elevadas de mortalidad adolescente por accidentes de tránsito corresponden a los países de ingresos bajos y medianos de las Américas (11/100 000), los de Asia Sudoriental (10/100 000) y los del Mediterráneo Oriental (10/100 000), como se aprecia en el cuadro 2.3. La mayoría de los jóvenes fallecidos en estos siniestros son usuarios vulnerables de la red viaria, es decir, peatones, ciclistas, motociclistas y pasajeros (118).

Los accidentes de tránsito también son una causa relevante de pérdida de AVAD para los adolescentes, como ocurre con la mortalidad. Las lesiones craneoencefálicas son la principal causa de muertes y lesiones relacionadas con los accidentes de tránsito, aunque otros traumatismos de la cabeza y de las extremidades también son comunes en jóvenes heridos por accidentes de tránsito (118).

Los **ahogamientos** fueron una de las cinco primeras causas de muerte en adolescentes en casi todas las regiones de la OMS modificadas en el 2015 (cuadro 2.3), con la excepción de los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos de África. Estos últimos presentaron la tasa más elevada de mortalidad por ahogamiento (8/100 000) de todas las regiones de la OMS modificadas, pero otras cargas de morbilidad tuvieron una repercusión aún mayor. El ahogamiento fue la segunda causa de muerte adolescente en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental, donde la tasa de 4,3 defunciones por cada 100 000 adolescentes se tradujo en casi 9 000 defunciones.

Las **quemaduras** también contribuyen sustancialmente a la carga mundial de morbilidad en los adolescentes (73, 119). En el 2015, los países de ingresos bajos y medianos de África, de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental tuvieron las tasas más elevadas de mortalidad adolescente por incendios, calor y sustancias calientes, de 3, 2 y 1 defunción por cada 100 000 adolescentes, respectivamente. En las mujeres de 15-29 años, las tasas más elevadas de defunciones relacionadas con incendios se registraron en Asia Sudoriental, donde en el 2008 se calculó que hubo 16,9 defunciones por cada 100 000 mujeres de 15 a 29 años (172).



2.3.

Violencia

Por **violencia interpersonal** se entiende el uso intencionado de la fuerza física contra otra persona, que muchas veces ocasiona lesiones, muerte, daño psíquico, alteraciones del desarrollo o privaciones; incluye el maltrato infantil, la violencia juvenil y la violencia de género (67). El término “violencia juvenil” suele emplearse para describir la violencia interpersonal entre personas de 10 a 29 años, si bien su punto álgido es la adolescencia tardía y la primera juventud. Incluye los homicidios, las agresiones, las peleas, la intimidación, la violencia en la pareja y el maltrato psicológico (121). Según las estadísticas oficiales, la mayoría de las víctimas adolescentes y la mayoría de los agresores son varones (12). Sin embargo, algunas formas de violencia se denuncian o se documentan con más facilidad que otras; por ejemplo, los homicidios, los actos de bandas criminales y las peleas callejeras afectan mucho más a los muchachos y a los hombres jóvenes y son más visibles que las agresiones sexuales o la violencia en la pareja, cuyas víctimas son, en su gran mayoría, las chicas y las mujeres jóvenes (67).

Además de las formas generales de violencia (p. ej., el maltrato de menores), muchas adolescentes son víctimas de la violencia de género (violencia infligida por el compañero sentimental o por un miembro de la familia), de la violencia sexual, de la trata de personas, de los ataques con ácido, de la mutilación genital femenina, del matrimonio infantil, precoz y forzado y del acoso sexual en las escuelas, el trabajo, los lugares públicos y, cada vez más, a través de la internet o de las redes sociales (121). Las consecuencias de la violencia de género pueden ser irreversibles. La violencia sexual puede producirse a cualquier edad, pero se cree que su prevalencia es más alta poco después del inicio de la pubertad (12). La estrategia mundial calcula que alrededor de una de cada 10 chicas (120 millones) menores de 20 años ha sufrido alguna vez violencia sexual (11). Como se ha señalado anteriormente, tanto en el caso de la violencia sexual como de la violencia infligida por el compañero íntimo, los agresores suelen ser los hombres y los chicos contra las mujeres y las chicas, aunque también los varones pueden ser víctimas, si bien con mucha menor frecuencia (73). Se calcula que en todo el mundo 18% de todas niñas han sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que en el caso de los niños serían 8% (67).

La violencia interpersonal quedó en segundo lugar como causa de muerte en los varones de 15 a 19 años en el 2015. A nivel regional, la violencia interpersonal fue la principal causa de muerte y de pérdida de AVAD en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas, donde fue responsable de 23 defunciones por cada 100 000 adolescentes y de la llamativa cifra de 73 defunciones por cada 100 000 adolescentes mayores, lo cual representa 43% de todas las defunciones dentro de este subgrupo etario. También es causa relevante de mortalidad en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental (4/100 000 en total y 10/100 000 muchachos mayores) y la tercera causa de mortalidad adolescente en los países de ingresos altos (2/100 000 en total y 5/100 000 muchachos mayores); véase el cuadro 2.3.

Por **violencia colectiva** se entiende el uso instrumental de la violencia por parte de los miembros de un grupo contra otro grupo, a fin de alcanzar objetivos políticos, económicos o sociales. Incluye los golpes de Estado, las rebeliones, las revoluciones, el terrorismo y la guerra.

Cuando se habla de **intervenciones legales** se hace referencia a las lesiones ocasionadas por los cuerpos de seguridad mientras actúan en el ejercicio de sus atribuciones para detener delincuentes, sofocar disturbios, mantener el orden público, etc. La violencia colectiva y las intervenciones legales representan problemas importantes en algunas regiones y en determinados entornos humanitarios y frágiles. En 2015 fueron, juntas, la principal causa de mortalidad adolescente (cerca de 27 000 defunciones) en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental (cuadro 2.3), así como la primera causa de pérdida de AVAD en los adolescentes (cuadro 2.5). En dicha región, la tasa de mortalidad por esas dos causas en los adolescentes de 15 a 19 años fue muy alta, seguida de los adolescentes de 10 a 14 años y de todas las adolescentes chicas (33, 22 y 18,5 defunciones por cada 100 000 adolescentes, respectivamente). La tasa de mortalidad por esas causas, contando a todos los adolescentes en conjunto en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, fue de 23 defunciones por cada 100 000 adolescentes, en comparación con las 3 defunciones por cada 100 000 adolescentes a nivel mundial.



“Anoche tenía que ir a buscar agua. Me cansa mucho ir a buscar agua, pero mi madre dice que es mi tarea y que tengo que hacerla y no dedicarme a tonterías. Pero aun así, fui al circo y no hice mi tarea. Cuando volví a casa, mi madre me dio una paliza.”

Testimonio de una adolescente de la India

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

2.4.

Salud sexual y reproductiva y VIH

El **sida** fue la octava causa de muerte en los adolescentes a nivel mundial en el 2015, responsable de 44 000 defunciones (16a). También fue la cuarta causa de mortalidad y pérdida de AVAD en los adolescentes de los países de ingresos bajos y medianos de África (cuadros 2.3 y 2.5). Estas cifras incluyen los casos de tuberculosis relacionados con el sida, que se describen en la sección siguiente. La morbilidad mundial relacionada con el sida en los adolescentes está influida en gran parte por la terrible repercusión que sigue teniendo la enfermedad en el África subsahariana. Se calcula que la tasa de mortalidad adolescente por sida en los países de ingresos bajos y medianos de África es de 17 defunciones por cada 100 000 adolescentes (cuadro 2.3). A nivel mundial, y también en África, ha aumentado la mortalidad relacionada con el sida en los adolescentes mayores, mientras que ha bajado en los demás grupos de edad (123).

Cerca de dos tercios de los adolescentes que eran seropositivos en el 2015 habían contraído el VIH durante la gestación, el parto o en los primeros meses de vida, es decir por vía maternofilar (330), mientras que el tercio restante se habían contagiado durante la adolescencia. Se calcula que más de 250 000 adolescentes de 15-19 años acababan de infectarse por el VIH en el 2015 ((123) o aidsinfo.unaids.org). En ese grupo de edad, las niñas representan dos de cada tres infecciones nuevas por VIH a nivel mundial. En el África subsahariana, la cifra es de casi 8 de cada 10. Además, en el caso de los adolescentes, es menos habitual que se realicen las pruebas de detección del VIH o que se vinculen a los servicios si dan positivo (124).

Otras infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden propiciar la transmisión por vía sexual del VIH, provocan alteraciones celulares precancerosas, menoscaban la fecundidad masculina y femenina y tienen efectos adversos sobre el bienestar general del individuo. Sin embargo, los datos sobre las ITS son limitados y están poco sistematizados, tanto dentro de las regiones y países como entre unas y otros, y en particular hay pocos datos desagregados por edades y sexos, cosa que dificulta definir con claridad qué colectivos de personas son los más afectados y en qué áreas se encuentran, para poder ofrecer una respuesta apropiada a nivel mundial.

Se calcula que todos los años se producen 357 millones de casos nuevos de cuatro ITS curables en las personas de 15-49 años, que son: las infecciones por *Trichomonas vaginalis* (142 millones), *Chlamydia trachomatis* (131 millones) y *Neisseria gonorrhoeae* (78 millones) y la sífilis (6 millones) (137). La prevalencia de algunas ITS víricas incurables es igualmente alta: se calcula que 417 millones de personas están infectadas con el virus del herpes simple de tipo 2 (VHS 2) y 291 millones con el virus del papiloma humano (VPH). A nivel mundial, hay grandes diferencias regionales en la prevalencia de las ITS. Por ejemplo, en el 2012 África tuvo la prevalencia más alta del VHS 2 genital entre las mujeres de 15 a 49 años (31%), mientras que en Asia Sudoriental se calculó que era de 8% (126, 137).

Los adolescentes sexualmente activos corren mucho más riesgo de contraer ITS que otros grupos de edad, por motivos como la mayor exposición, la mayor propensión biológica a la infección y las relativas limitaciones al acceso o a la utilización de los servicios de salud (128). Por ejemplo, el momento en que más transmisiones se producen del VPH y del VHS 2, en ambos sexos, es poco después del inicio en las relaciones sexuales, algo que suele ocurrir en la adolescencia (127, 129, 137).

Las **afecciones maternas** incluyen las hemorragias, las septicemias, los trastornos hipertensivos, el parto distócico, las complicaciones del aborto, la muerte materna indirecta o tardía y las muertes maternas agravadas por el sida, la tuberculosis u otras enfermedades infectocontagiosas o no transmisibles. Las adolescentes presentan tasas elevadas de embarazos indeseados, que pueden provocar diversos problemas físicos, sociales y económicos. A nivel mundial, 11% de todos los partos son de chicas de entre 15 y 19 años (130). Las afecciones maternas fueron la principal causa de muerte en este grupo en el 2015, causando 10 defunciones por cada 100 000 chicas (cuadro 2.1). La tasa de mortalidad materna de las chicas de 15 a 19 años fue muy elevada en los países de ingresos bajos y medianos de África (36 por cada 100 000), seguida de los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, de Asia Sudoriental y de las Américas (9, 7 y 3 defunciones por cada 100 000 habitantes, respectivamente).

En general, hay tres demoras que contribuyen a la muerte materna: la demora en la decisión de solicitar atención por parte de la persona, la familia o ambas; la demora en desplazarse hasta un centro de salud adecuado, y la demora en recibir atención adecuada una vez en el centro (133). Además, las adolescentes embarazadas se enfrentan a los problemas de salud materna inherentes a su inmadurez psíquico-física y a su limitada autonomía. Por otro lado, es más alta su probabilidad de volver a quedarse embarazadas en el año siguiente al parto, lo cual puede comportar riesgos para ellas y para sus hijos (131, 393).

Asimismo, en comparación con las mujeres adultas, entre las adolescentes se producen muchas más defunciones y más discapacidad por causa de los abortos practicados en condiciones inadecuadas (132, 133). En los países en desarrollo, se calcula que todos los años abortan entre 2,2 millones y 4 millones de adolescentes. En muchas zonas del mundo, el aborto topa con restricciones de índole jurídica y social, de modo que las adolescentes a menudo se someten a intervenciones peligrosas practicadas en condiciones insalubres o por personas que no poseen la debida calificación. Los cálculos indican que 14% de todos los abortos inadecuados en los países en desarrollo se practican a adolescentes de entre 15 y 19 años (133), mientras a nivel mundial el 11% de todos los partos corresponden a este grupo de edad (393). De estos abortos peligrosos practicados a adolescentes en los países en desarrollo, África representa 26%, mientras que América Latina y el Caribe juntos representan otro 15% (133).

La **mutilación genital femenina** comprende todos los procedimientos para la extirpación parcial o total de los genitales externos o la modificación de los genitales femeninos por razones no médicas (135). Ninguna forma de mutilación genital femenina es beneficiosa para la salud. Por el contrario, extirpar o lesionar el tejido genital sano dificulta el funcionamiento natural del organismo y puede tener varias consecuencias inmediatas y a largo plazo (252). La mutilación genital femenina se practica sobre todo a las niñas de entre 0 y 15 años y es prevalente en 30 países de África y varios países de Asia y del Oriente Medio, si bien en la actualidad se ha extendido a todo el mundo a través de las migraciones. En África, se calcula que 12 millones de niñas entre los 10 y los 14 años han sufrido complicaciones como consecuencia de la mutilación genital femenina, particularmente en Etiopía, Kenya, Nigeria y Uganda (136, 252).

Otros problemas importantes de salud sexual y reproductiva

que tienen hondas repercusiones sobre la salud de los adolescentes son los matrimonios forzados o precoces y el acceso insuficiente a los anticonceptivos (125, 138, 315), que se describen en la sección 2.8 y el capítulo 3.

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

2.5.

Enfermedades transmisibles

Las **infecciones de las vías respiratorias inferiores**, como la gripe, la neumonía neumocócica y las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo B, fueron en el 2015 una causa importante de mortalidad adolescente tanto a nivel mundial como en la mayoría de las regiones de la OMS modificadas (cuadro 2.3). Se calcula que fueron una causa particularmente importante de mortalidad para los adolescentes más jóvenes; en el 2015 se contabilizaron más de 40 000 defunciones de chicos y chicas de 10-14 años a nivel mundial (cuadro 2.1). Asimismo, se trata de la primera causa de muerte en los adolescentes más jóvenes de los países de ingresos bajos y medianos de África, donde suman más de 27 000 defunciones, cifra que representa bastante más de la mitad de todas las defunciones por esta causa en los adolescentes más jóvenes a nivel mundial.

Las **enfermedades diarreicas**⁶ las provocan principalmente las infecciones que se transmiten por vía fecal-oral y cuyos microbios patógenos se ingieren con los alimentos o el agua contaminada. Representan una causa particularmente importante de mortalidad en los adolescentes jóvenes (cuadro 2.1). A nivel mundial, en el 2015 ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte en los niños en la primera adolescencia y el segundo en las niñas (cuadro 2.1). La definición de enfermedades diarreicas que se emplea en esta monografía incluye la fiebre tifoidea. En el 2008, la OMS realizó un cálculo precavido de la incidencia anual mundial de la fiebre tifoidea y la situó en los 21 millones de casos, de los cuales 1-4% tuvieron desenlace mortal (139). Un total de 90% de estas defunciones se produjeron en Asia, y afectaron desproporcionadamente a los niños en edad escolar (5-15 años), en comparación con los menores de 5 años.



En el 2015, la mayor repercusión de las enfermedades diarreicas sobre la salud de los adolescentes correspondió a los países de ingresos bajos y medianos de África y de Asia Sudoriental, donde fueron la segunda y la cuarta causas de mortalidad adolescente, respectivamente, con más de 44 000 y 13 000 defunciones (cuadro 2.3). También fueron la segunda y la novena causas de pérdida de AVAD en los adolescentes en esas mismas regiones de la OMS modificadas (cuadro 2.5). En los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental, las chicas tuvieron una mayor carga de enfermedades diarreicas que los chicos, aunque dentro de cada sexo, los adolescentes más jóvenes sufren una afectación desproporcionadamente más alta.

Las **meningitis** fueron la tercera causa mundial de muerte en los adolescentes jóvenes en el 2015 (cuadro 2.1). También quedaron en tercer lugar como causa general de mortalidad en todos los adolescentes de países de ingresos bajos y medianos de África (más de 41 000 defunciones) y como tercera causa de pérdida de AVAD en esa región de la OMS modificada (cuadros 2.3 y 2.5). En todo el mundo se dan casos de meningitis meningocócica, pero las grandes epidemias recurrentes constituyen una carga de salud pública enorme para los 26 países africanos dentro del denominado "cinturón de la meningitis", que comprende los países de Mauritania, Senegal, Gambia y Guinea-Bissau en el oeste africano y Sudán, Eritrea, Etiopía, Kenya y Tanzania en la parte oriental (140).

La **malaria** afecta especialmente a la Región de África de la OMS, donde en el 2015 se produjeron 394 000 defunciones por esta enfermedad, que corresponden a 92% de todas las defunciones por malaria del mundo (142). Casi todos los demás casos de malaria se dieron en la Región de Asia Sudoriental (26 200, 7%) y la Región del Mediterráneo Oriental (7 300, 2%). En las zonas donde la transmisión es muy alta, las tasas de mortalidad por malaria empiezan a bajar alrededor de los 2 años de edad y la incidencia de malaria febril aguda desciende hacia el final de la infancia o en la adolescencia, cuando se adquiere la inmunidad parcial por la exposición reiterada a la infección (122). No obstante, a raíz de los logros recientes que han reducido la transmisión en zonas que antes eran altamente endémicas, se prevé que habrá menos niños (y adolescentes) que adquieran inmunidad contra la malaria y, por tanto, serán más vulnerables a la infección (144).

La **tuberculosis**, incluida la relacionada con el sida, afecta sobre todo a África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, cuyas respectivas tasas de incidencia son de 275, 246 y 86 casos por cada 100 000 habitantes en la población general (145). En la adolescencia aumenta el riesgo de contraer tuberculosis, especialmente la enfermedad de tipo adulto (es decir, las formas muy contagiosas con baciloscopia positiva) (146). Se cree que en los programas de salud del niño y del adolescente no se reconoce ni se notifica lo suficiente la tuberculosis en los adolescentes, especialmente en los dirigidos a pacientes de alto riesgo (p. ej., adolescentes malnutridos o con infección por el VIH).

⁶ Las enfermedades diarreicas, según la definición que se utiliza en esta monografía, están causadas por bacterias, virus y protozoos; incluyen el cólera, la shigelosis, las infecciones por *Escherichia coli*, las enteritis por campilobacterias, las criptosporidiosis, las enteritis rotavíricas, las infecciones por aeromonas, *Clostridium difficile* y norovirus, la fiebre tifoidea y paratifoidea y otras bacteriosis de transmisión alimentaria.

2.6.

Enfermedades no transmisibles y desnutrición

La **anemia ferropénica** quedó clasificada como primera causa de pérdida de AVAD en los adolescentes en el 2015. Excepto en los varones mayores, fue la principal causa de pérdida de AVAD en ambos sexos y grupos de edad. En el 2015, la tasa más elevada de pérdida de AVAD por anemia ferropénica en los adolescentes se registró en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental (1 179/100 000), seguidos de los países de ingresos bajos y medianos de África (1 098/100 000); véase el cuadro 2.5.

Las **anomalías congénitas** como los defectos del tubo neural (p. ej., espina bífida), las malformaciones cardíacas, el síndrome de Down y la anemia drepanocítica, en general, afectan más a los lactantes y a los niños pequeños, pero también repercuten ostensiblemente en la salud de los adolescentes (147). En el 2015, causaron 1-2 defunciones por cada 100 000 adolescentes en la mayoría de las regiones de la OMS modificadas, aunque las tasas fueron más altas en los países de ingresos bajos y medianos de África (7/100 000) y del Mediterráneo Oriental (4/100 000). Se trata de la cuarta causa de mortalidad en los países de ingresos altos y de la quinta en los países de ingresos bajos y medianos de Europa y del Pacífico Occidental (cuadro 2.3). Muchos países africanos tienen una prevalencia de drepanocitosis de 2% y los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables a las complicaciones y la morbimortalidad relacionadas (148, 254). Cerca de 11% de los pacientes con drepanocitosis sufren accidentes cerebrovasculares con manifestaciones clínicas antes de los 21 años (149).

Por su parte, la **leucemia** provocó 1-2 defunciones por cada 100 000 adolescentes en todas las regiones de la OMS modificadas en el 2015, y se situó en el tercer puesto como causa de muerte en los adolescentes de los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental. La mortalidad por leucemia afecta más a los varones, sobre todo en la segunda adolescencia.

En el 2015, las tasas más altas de mortalidad por **accidente cerebrovascular** en adolescentes correspondieron a los países de ingresos bajos y medianos de África y del Mediterráneo Oriental; se registraron alrededor de 4 defunciones por cada 100 000 en ambas regiones. Como ya se ha señalado, la anemia drepanocítica es una causa importante de accidentes cerebrovasculares en los adolescentes; otras causas probables son los trastornos inmunitarios, las lesiones arteriales previas y las enfermedades cerebrovasculares.

El **asma** es una enfermedad respiratoria crónica que quedó situada en quinto lugar como causa de pérdida de AVAD para todos los adolescentes en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas (cuadro 2.5). En los países de ingresos altos, el asma suele estar mejor controlada que otras enfermedades respiratorias crónicas (150), aunque se cree que sigue infradiagnosticada, en particular en niños y adolescentes, en tanto que, en muchos otros países, no se controla bien (150). En los países de ingresos bajos y medianos, el asma está muy infradiagnosticada y no recibe el tratamiento adecuado, de modo que provoca gran morbilidad y significativa mortalidad.

Las **enfermedades cutáneas**, como las dermatitis, la psoriasis, la sarna, las dermatomicosis y virosis y el acné vulgar, se clasificaron en el 2015 como la tercera causa de pérdida de AVAD en los adolescentes en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental y como la quinta en los de Asia Sudoriental. El acné es la enfermedad de la piel más prevalente en las poblaciones adolescentes y es casi universal; puede comprender desde las formas leves a las más graves y puede ocasionar sufrimiento emocional y alteraciones físicas por la cicatrización (151, 152).

Otras enfermedades no transmisibles importantes que afectan a los adolescentes son la diabetes, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, las migrañas y las afecciones de los órganos de los sentidos, como las que causan ceguera e hipoacusia (143).

“Me parece que a los que son mayores que yo no les gusta moverse. Se quedan sentados todo el rato. Comen, beben y se quedan quietos. No se mueven. No juegan. Si jugasen, digerirían lo que comen. Pero prefieren quedarse sentados.”

Testimonio de una chica en la primera adolescencia, Ribera Occidental y Franja de Gaza

2. Cargas de morbilidad y lesiones y factores de riesgo

2.7.

Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas

Las **conductas autolesivas** fueron la tercera causa de mortalidad adolescente en el 2015, responsables de unas 67 000 defunciones (cuadro 2.1), cifra que comprende tanto los suicidios como las muertes accidentales ocasionadas por las autolesiones sin intención suicida. Casi la mitad de las defunciones de adolescentes debidas a las conductas autolesivas tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental, donde la gran población adolescente y la elevada tasa de mortalidad por esta causa (9 defunciones por cada 100 000 adolescentes) comportaron casi 32 000 defunciones. Las conductas autolesivas también fueron causa relevante de pérdida de AVAD en los países de ingresos bajos y medianos de Europa y de Asia Sudoriental (cuadro 2.5). Las últimas encuestas nacionales realizadas en Asia Sudoriental entre adolescentes de 13-15 años revelan tasas de ideaciones suicidas y de intento de suicidio de 19% y de 13% en Maldivas y de 15% y 14% en Tailandia, respectivamente, similares en los dos sexos (153). Las conductas autolesivas también son una causa de muerte muy relevante en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos de Europa, el Pacífico Occidental y las Américas.

Las conductas autolesivas se producen sobre todo entre los adolescentes mayores; de hecho, en las chicas mayores, fue la segunda causa de muerte. Aunque el calificativo de “conductas autolesivas” engloba tanto los intentos de suicidio como las autoagresiones sin intencionalidad suicida, a menudo difieren sus motivaciones y sus formas, tal como se ilustra en el cuadro 2.8. Los adolescentes son el grupo de edad que mayor riesgo corre de conductas autolesivas deliberadas sin intención suicida (154). Aunque hay variaciones internacionales, muchos estudios realizados en la comunidad ponen de manifiesto que cerca de 10% de los adolescentes se han autolesionado en alguna ocasión (155). Asimismo, varían los métodos utilizados; por ejemplo, los estudios realizados en Europa señalan que los cortes son el método autolesivo más común en los adolescentes que permanecen en la comunidad, mientras que la intoxicación voluntaria es, con mucha diferencia, el más habitual entre los adolescentes atendidos en el ámbito hospitalario (155).

Cuadro 2.8. Diferencias entre el intento de suicidio y las autoagresiones sin intencionalidad suicida

Intento de suicidio	Autoagresiones sin intencionalidad suicida
Tener la intención de poner fin a la propia vida	No hay intención suicida
Puede ser impulsivo, pero en la mayoría de los casos hay un sentimiento crónico de desesperanza o soledad	El estado emocional es de profundo enojo, desesperación o angustia intolerable
Son características las formas más agresivas y letales de conducta autolítica (p. ej., intoxicación, ahorcamiento, salto al vacío, disparo con armas de fuego, etc.)	Son típicas las formas menos graves de autoagresión que normalmente no ocasionan la muerte (p. ej., mordeduras en la piel, cortes, quemaduras o congelación). La persona suele ser consciente de que puede sufrir lesiones graves, pero no la muerte
Existe un riesgo evidente de que los intentos de suicidio se repitan, pero es menos habitual que en el caso de las autolesiones sin intención suicida	Es habitual que los comportamientos autolesivos se repitan

Fuente: (156)

Los **trastornos depresivos** son la tercera causa de pérdida de AVAD en los adolescentes a nivel mundial, mientras que los **trastornos de ansiedad** son la quinta (cuadro 2.4). Los trastornos depresivos se hallan entre las cinco primeras causas de pérdida de AVAD en todas las regiones modificadas de la OMS, a excepción del Pacífico Occidental y de África. En el último caso, a pesar de no estar entre las cinco primeras, la tasa de pérdida de AVAD por trastornos depresivos es más alta que en la mayoría de las regiones restantes. Los trastornos de ansiedad, incluidos los de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático, quedan en tercer lugar entre las causas de pérdida de AVAD en los adolescentes en los países de ingresos altos y en cuarto lugar en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental (cuadro 2.5).

Los **trastornos del espectro autista** son afecciones caracterizadas por diversos grados de alteración de la interacción social, de la comunicación y del lenguaje y por una serie de intereses y actividades restrictivas y exclusivas del individuo que se realizan repetitivamente (107). Únicamente hay estimaciones regionales

de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en las Regiones de la OMS de Europa y de las Américas, donde son similares, con 62 y 65 casos por cada 10 000 niños, respectivamente (157), mientras que se han realizado pocos estudios en los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, según los estudios epidemiológicos, se considera que la prevalencia ha aumentado en todo el mundo (107).

El término **trastornos de la conducta de la niñez** comprende los trastornos conductuales, que se caracterizan por agresividad, desobediencia o insolencia reiteradas, en forma de comportamientos persistentes, graves e inapropiados para el nivel del desarrollo del adolescente (37). Se ha estimado que son una causa importante de pérdida de AVAD en los adolescentes en todas las regiones de la OMS modificadas, en particular para los varones de 10 a 14 años, grupo en el cual aparecen clasificados entre las cinco primeras causas de pérdida de AVAD del 2015 en todas las regiones de la OMS modificadas excepto en los países de ingresos bajos y medianos de África.

Cargas en entornos humanitarios y frágiles

Los entornos humanitarios y frágiles son aquellos que están afectados por conflictos armados o por las consecuencias posteriores a dichos conflictos, así como por desastres naturales, epidemias, períodos de escasez de alimentos e inestabilidad socioeconómica y política prolongada (11). Los problemas de salud en dichas situaciones son particularmente agudos para las poblaciones móviles, las comunidades desplazadas dentro del país y los campamentos de refugiados o asentamientos temporales (11). En el cuadro A2.1 del anexo 2 se resumen las principales repercusiones que tienen los conflictos o las catástrofes a gran escala en la salud de las poblaciones generales.

A nivel mundial, las peores tasas de morbilidad prevenible en las mujeres, los adolescentes y los niños se registran en los entornos humanitarios y frágiles (50). Muchas cargas sobre la salud aumentan en dichos contextos por la grave alteración de la gobernanza y de las infraestructuras sanitarias y por el menoscabo de los servicios de protección social y de salud (50). Aunque en muchas ocasiones siguen siendo niños, en las situaciones de emergencia los adolescentes asumen responsabilidades propias de los adultos, como cuidar de los hermanos u obtener ingresos para el sustento familiar (158). Los que se separan de la estructura familiar en una emergencia quedan desamparados y desprovistos de un medio de subsistencia. Algunos se ven obligados a abandonar los estudios, a casarse prematuramente o a mantener relaciones sexuales a cambio de cubrir sus necesidades básicas de supervivencia. Los adolescentes especialmente vulnerables en los entornos humanitarios y frágiles son: los más jóvenes (10-14 años); los discapacitados; los que pertenecen a minorías étnicas o religiosas; los combatientes y los que están vinculados con grupos armados; las niñas que han sido madres; los huérfanos; los que son jefes del hogar; los que han sufrido agresiones sexuales, tráfico de personas u otras formas de violencia de género; los que mantienen relaciones sexuales transaccionales; los que tienen relaciones íntimas con personas del mismo sexo, y los que están infectados por el VIH (47).

En dichas situaciones de crisis, las principales problemáticas de salud para los adolescentes son:

- la desnutrición; p. ej., la emaciación, el peso inferior al normal o las carencias de micronutrientes;
- las deficiencias en la asistencia, el tratamiento y la atención de las discapacidades o lesiones;
- la violencia; p. ej., la que afecta a los menores combatientes, casi siempre varones, y a las víctimas de la explotación y de los abusos sexuales (incluyendo el matrimonio precoz o forzado y la mutilación genital femenina), casi siempre niñas y mujeres;
- el VIH y otras ITS, los embarazos precoces, las afecciones maternas, los abortos peligrosos y las necesidades generales de salud sexual y reproductiva; p. ej., la disponibilidad de preservativos y otros métodos anticonceptivos;
- las necesidades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene; p. ej., materiales e instalaciones para la higiene menstrual;
- los problemas de salud mental; p. ej., la ansiedad o los traumas (12, 39, 41, 46, 48, 50, 158, 159, 161, 268).

Algunas de estas problemáticas están estrechamente interrelacionadas. Por ejemplo, la violencia sexual puede tener muy diversas consecuencias, desde las lesiones físicas hasta las ITS, los embarazos indeseados, la angustia no patológica (p. ej., miedo, ira, culpabilidad,

vergüenza, tristeza, etc.), los trastornos de ansiedad (p. ej., el trastorno de estrés postraumático), la depresión, los síntomas somáticos sin causa médica discernible, el alcoholismo y otras toxicomanías, las ideaciones suicidas y las conductas autolesivas. El trauma social puede incluir estigmatización, que comporta la exclusión, la discriminación y el repudio por parte de la familia y de la comunidad (161).

Las chicas adolescentes corren un riesgo particularmente elevado de sufrir abusos y explotación en las crisis humanitarias, lo cual aumenta su vulnerabilidad al inicio prematuro en las relaciones sexuales, los embarazos no deseados y las ITS, incluido el VIH (158). Son presa fácil de los abusos porque tienen poca experiencia en la vida y escasas posibilidades y aptitudes para hacer valer sus derechos. En muchos contextos afectados por los conflictos, la violencia sexual y de género (incluido el matrimonio forzado) se convierte en un arma de guerra que se utiliza contra las niñas (162).

Incluso dentro de un entorno familiar relativamente protegido, la escasez de recursos, las limitadas posibilidades laborales de los cuidadores y la ausencia de mecanismos de protección durante las crisis humanitarias pueden contribuir a que las familias concierten el matrimonio de sus hijas, a fin de aliviar la carga doméstica y percibir el pago de las dotes. El casamiento de las hijas puede verse como una manera de protegerlas y de preservar su honor ante las violaciones y las amenazas externas, como la violencia y el acoso sexual. Entre los refugiados sirios en Jordania, por ejemplo, la proporción de matrimonios celebrados en los que la novia era menor de 18 pasó de 12% en el 2011 (más o menos el porcentaje que había en Siria antes de la guerra) a 18% en el 2012 y hasta 25% en el 2013 (134, 163). En cambio, el porcentaje de varones sirios menores de 18 que contrajeron matrimonio en el 2011 y el 2012 en Jordania solo fue de 1%, lo cual indica que a las niñas se las casa con hombres mayores que ellas (134). Por lo que se sabe, el matrimonio de menores entre los refugiados sirios también ha aumentado en Iraq y el Líbano (194).

Cabe destacar la brutal repercusión que tiene para los adolescentes alistarse en la lucha armada, una forma de violencia que puede acarrearles lesiones como pérdida de audición, ceguera y amputaciones (12). Estas lesiones reflejan, por un lado, la mayor sensibilidad del cuerpo infantil y, por otro, la participación de los menores en el conflicto, por ejemplo si se los obliga a acometer tareas particularmente peligrosas (como colocar y detectar minas terrestres). Los menores combatientes también son más propensos a los riesgos para la salud que no guardan relación directa con la lucha armada, como las lesiones sufridas al portar armas y cargas pesadas, la desnutrición, las infecciones cutáneas y respiratorias y las enfermedades infecciosas, como la malaria. En el caso de las niñas, además de obligarlas a combatir, es habitual que se vean forzadas a tener relaciones sexuales, cosa que también ocurre a los niños, aunque con menor frecuencia. Por otro lado, a veces les dan drogas o alcohol para incitarlos a actuar, generando problemas de dependencia. Los adolescentes reclutados en los ejércitos regulares generalmente están sujetos a la misma disciplina militar que los adultos, lo cual incluye ritos de iniciación, severos ejercicios físicos, castigos y humillaciones concebidas para doblegar su voluntad. Dicha disciplina puede producirles a los adolescentes un grave daño psíquico, afectivo y físico.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Mensajes clave:

- Aunque todavía hay lagunas importantes en los datos científicos sobre las intervenciones para promover y proteger la salud de los adolescentes, muchas intervenciones tienen una base de evidencia sustancial. Los países pueden tomar medidas eficaces ahora para promover y proteger la salud de los adolescentes.
- El sector de la educación ejerce una influencia particularmente importante en el comportamiento, la salud y el bienestar de los adolescentes a través de iniciativas intensivas, a largo plazo y de gran escala llevadas a cabo por profesionales.
- Muchas intervenciones eficaces para promover la salud de los adolescentes son específicas de la adolescencia. Pueden estar dirigidas a toda la población adolescente (p. ej., la educación integral sobre sexualidad o servicios de salud orientados a los adolescentes) o a subpoblaciones especialmente vulnerables (p. ej., los suplementos de hierro, la circuncisión masculina médica voluntaria, la vacuna antimeningocócica, la prevención del suicidio y la prevención de la mutilación genital femenina).
- Para reducir algunas de las principales cargas que afectan a los adolescentes, conviene adaptar las intervenciones de la población general a las necesidades específicas de los adolescentes. Por ejemplo, puede ser necesario imponer un límite de alcoholemia más bajo para los conductores adolescentes o fomentar que se comunique el seroestado y se cumplan correctamente los tratamientos antirretrovirales entre los adolescentes con la infección por el VIH.
- Para reducir otras cargas y factores de riesgo importantes en la adolescencia, las intervenciones dirigidas a todos los grupos de edad deben tener una calidad mínima y su cobertura debe ser universal, como el cumplimiento de las leyes y las normas de circulación vial, la adecuación de la infraestructura de agua y saneamiento y la aprobación de disposiciones legales y reglamentarias que reduzcan la asequibilidad del tabaco, del alcohol y de los alimentos y bebidas poco saludables.

Todavía hay lagunas importantes en los datos científicos sobre las intervenciones para promover y proteger el desarrollo, la salud y el bienestar de los adolescentes. Sin embargo, muchas intervenciones han sido implementadas, evaluadas y encontradas como efectivas. Este capítulo describe las intervenciones de salud de los adolescentes basadas en evidencia.

Específicamente:

- Sección 3.1 ofrece una visión general de las intervenciones de la salud y el desarrollo positivo de los adolescentes;
- Las secciones 3.2 al 3.7 describen cada una de las 27 intervenciones de la Estrategia Mundial para la salud de los adolescentes, organizadas en seis categorías generales de salud; y
- Sección 3.8 aborda las intervenciones de salud de los adolescentes en entornos frágiles y de crisis humanitarias.

Cada una de las 27 intervenciones de la Estrategia Mundial (Cuadro 3.1, columna 1) descritas en esta sección se ilustra con ejemplos que apuntan a las áreas clave de salud y desarrollo del adolescente identificadas en los Capítulos 1 y 2 (Cuadro 3.1, columna 2). Los ejemplos de intervención se seleccionaron principalmente a partir de una revisión de las directrices recientes y pertinentes de todos los departamentos de la OMS. Sin embargo, cuando esas fuentes resultaron insuficientes, la revisión se amplió a otras publicaciones de las Naciones Unidas relacionadas con el tema, y luego, si fuera necesario, a otras publicaciones importantes de agencias internacionales y artículos de revisión en revistas académicas.

Es importante destacar que los ejemplos de intervención aquí facilitados no son exhaustivos. La metodología utilizada para seleccionar los ejemplos concretos de intervenciones se describe con más detalle en la sección A1.2.2 del Anexo 1.

En el Anexo 3, para ilustrar aún más la gama de posibles recursos y enfoques que los gobiernos nacionales pueden emplear, las intervenciones basadas en evidencias se describen con mayor detalle para seleccionar las principales condiciones de los adolescentes – o los principales factores de protección o riesgo – dentro de cada una de las ocho categorías principales, como sigue:

- A3.1 Desarrollo positivo;
- A3.2 Lesiones no intencionales: accidentes de tránsito;
- A3.3 Violencia: violencia juvenil;
- A3.4 Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH: embarazo precoz o no intencionado; VIH y sida;
- A3.5 Enfermedades transmisibles: condiciones relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene
- A3.6 Enfermedades no transmisibles, nutrición y actividad física: enfermedades no transmisibles relacionadas con la desnutrición, el sobrepeso, la falta de actividad física y el tabaquismo;
- A3.7 Salud mental, uso de sustancias y lesiones autoinfligidas: suicidio;
- A3.8 Condiciones en entornos humanitarios

¹ La Estrategia Mundial enumera muchas intervenciones basadas en evidencias separadas para mujeres, niños y adolescentes. Sin embargo, como grupo etario, los adolescentes (de 10 a 19 años) se coinciden con los niños (de 0 a 17 años) y las mujeres (18 – 19 años). De hecho, muchas de las intervenciones de la Estrategia Mundial identificadas específicamente para los niños (por ejemplo, relacionadas con la diarrea) o las mujeres (por ejemplo, relacionadas con la salud materna) también abordan las principales condiciones de salud de los adolescentes. Las 27 intervenciones de la Estrategia Mundial descritas aquí sintetizan: (a) 26 intervenciones para niños y adolescentes que son directamente pertinentes a la salud de los adolescentes; y (b) una intervención adicional compuesta que representa las 48 intervenciones de salud materna en la Estrategia Mundial.

Cuadro 3.1. Intervenciones basadas en la evidencia para favorecer la salud de los adolescentes y las condiciones a las que se dirigen (incluyendo las áreas de intervención recomendadas en la Estrategia Mundial para la salud de los para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente)

ÁREA DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA ^a	EJEMPLO DE UNA CONDICIÓN PRINCIPAL FOCALIZADA
3.1 Desarrollo positivo	
Servicios de salud adaptados a los adolescentes; intervenciones en materia de salud escolar, higiene y nutrición; e iniciativas multisectoriales.	Desarrollo físico, cognitivo y psicosocial (véase también el Anexo A3.1)
3.2 Lesiones no intencionales	
EM 1. Prevención de lesiones.	(a) Accidentes de tránsito (véase también el Anexo A3.2) (b) Ahogamiento
EM 2. Evaluación y manejo de los adolescentes que acuden a establecimientos de salud con lesiones no intencionales, incluidos las lesiones relacionados con el alcohol.	Quemaduras
3.3 Violencia	
EM 3. Prevención de la violencia.	Violencia juvenil (véase también el Anexo A3.3)
EM 4. Prevención y respuesta al maltrato de menores.	Maltrato de adolescentes
EM 5. Prevención de la violencia sexual y de otras formas de violencia de género.	Violencia sexual o de género
3.4 Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH	
EM 6. Educación integral sobre la sexualidad.	Comportamiento sexual peligroso
EM 7. Información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva integral, incluida la anticoncepción.	Embarazo precoz o no intencional (véase también el Anexo A3.4.1)
EM 8. Prevención y respuesta a prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzado.	(a) Mutilación genital femenina (b) Matrimonio precoz o forzado
EM 9. Atención antes del embarazo, durante el embarazo, en el parto, después del embarazo, en el aborto (donde sea legal) y después del aborto [todas las 48 intervenciones basadas en la evidencia] en la medida en que sean pertinentes a las adolescentes ^b .	Trastornos de la madre
EM 10. Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y las infecciones del aparato reproductor, entre ellas la infección por el VIH y la sífilis.	Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
EM 11. Circuncisión masculina médica voluntaria en los países con epidemias generalizadas de infección por el VIH.	Infección por el VIH y otras ITS
EM 12. Atención integral de los menores (incluidos los adolescentes) que viven con o están expuestos al VIH.	VIH y sida (véase también el Anexo 3.4.2)
3.5 Enfermedades transmisibles	
EM13. Prevención, detección y tratamiento de enfermedades transmisibles, incluida la tuberculosis.	Tuberculosis
EM 14. Vacunación sistemática contra el virus del papiloma humano, la hepatitis B, la difteria, el tétanos, la rubéola y el sarampión.	ITS
EM 15. Prevención y manejo de enfermedades de la niñez, entre ellas la malaria, la neumonía, la meningitis y la diarrea.	(a) Malaria (b) Infecciones de las vías respiratorias inferiores (c) Enfermedades cutáneas
EM 16. Manejo de casos de meningitis.	Meningitis
3.6 Enfermedades no transmisibles, nutrición y actividad física	
EM 17. Promoción del comportamiento saludable (por ejemplo, nutrición, actividad física y no consumir tabaco, alcohol o drogas).	Alimentación poco saludable, inactividad física, consumo de tabaco y accidente cerebrovascular (véase también el Anexo A3.6.1)
EM 18. Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades no transmisibles	(a) Leucemia (b) Asma (c) Enfermedades cutáneas
EM 19. Prevención, detección y manejo de la anemia, especialmente para las adolescentes, y administración de suplementos de hierro en los casos en que corresponda.	Anemia ferropénica (véase también el Anexo A3.6.2)
EM 20. Tratamiento y rehabilitación de niños con anomalías congénitas y discapacidades.	Anomalías congénitas y discapacidades
3.7 Salud mental, uso de sustancias y lesiones autoinfligidas (véase también Anexo A3.7.1)	
EM 21. Cuidado de los niños con retrasos del desarrollo.	Trastornos del desarrollo, incluidos los trastornos del espectro autista
EM 22. Cuidado receptivo y estimulación.	Factores de riesgo de la crianza (por ejemplo, poca supervisión, descuido, rechazo, dureza)
EM 23. Apoyo psicosocial y servicios conexos para la salud mental y el bienestar del adolescente.	(a) Trastornos depresivos unipolares (b) Trastornos de ansiedad
EM 24. Capacitación de los padres, según corresponda, para manejar trastornos del comportamiento de los adolescentes.	Trastornos de la conducta
EM 25. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	Trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas
EM 26. Detección y manejo del uso de sustancias peligrosas y nocivas.	Trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas
EM 27. Prevención del suicidio y manejo de los riesgos de lesiones autoinfligidas y suicidio.	Suicidio (véase también el Anexo A3.7.2)
3.8. Condiciones con alta prioridad en entornos frágiles y de crisis humanitarias	
Nutrición; discapacidad y traumatismos; violencia; salud sexual y reproductiva; agua, saneamiento e higiene; y salud mental.	Las tasas más altas de mortalidad y morbilidad prevenible ocurren en entornos frágiles y de crisis humanitarias (50) (véase también el Anexo A3.8)

Fuente (11).

Clave: sida = el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; EM = Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030) (11); VIH = infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; ITS = infecciones de transmisión sexual.

a. Fuente principal es la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.

b. La Estrategia Mundial identifica 48 intervenciones basadas en la evidencia que se refieren a la salud materna y, por lo tanto, pueden ser pertinentes para las niñas y las mujeres adolescentes. Estos se consolidan en la intervención en materia de la salud de los adolescentes de la Estrategia Mundial – el número 9 arriba.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

3.1. Intervenciones para promover la salud y el desarrollo positivo

Las intervenciones para promover y asegurar el desarrollo positivo de los adolescentes abarcan muchos sectores y están orientadas a diferentes aspectos físicos y psicosociales del desarrollo de los adolescentes. Los principales determinantes de la salud en la adolescencia se encuentran en gran medida fuera del sistema de salud; por ejemplo, las normas familiares y comunitarias, la educación, los mercados laborales, las políticas económicas, los sistemas legislativos y políticos, los sistemas alimentarios y el entorno construido (132).

Es especialmente importante trabajar con los padres, las familias y las comunidades debido a su gran potencial para influir positivamente en el comportamiento y en la salud de los adolescentes. El sector de la educación también brinda una oportunidad sumamente importante para que los profesionales lleven a cabo iniciativas intensivas, a largo plazo y en gran escala.

“Las buenas instalaciones en la escuela pueden mejorar la salud y aumentar la felicidad. Si uno tiene todos los instrumentos y el equipo que necesita en el laboratorio, está feliz haciendo muchos experimentos todos los días. Y si tenemos una biblioteca adonde podemos ir cualquier día para tomar cualquier libro que queramos leer, aprendemos más de lo que sabíamos antes y eso puede hacernos felices y mejorar nuestra salud.”

Adolescente joven nigeriano

En el cuadro 3.2 se muestran ejemplos de intervenciones clave para el desarrollo positivo en el ámbito de los servicios de salud, el sector de la educación y la comunidad en general (hay una descripción más detallada en la sección A3.1 del anexo 3). Es importante señalar que en los cuadros 3.2 a 3.8 se resumen las intervenciones según el nivel ecológico principal en el cual operan. Sin embargo, algunas intervenciones operan en varios niveles ecológicos (por ejemplo, participación del adolescente).

Cuadro 3.2. Intervenciones para promover el desarrollo positivo de los adolescentes

NIVEL ECOLÓGICO	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural e institucional	Servicios de salud adaptados a los adolescentes	La atención de salud debe ser accesible y aceptable, promover los conocimientos sobre la salud y proporcionar un conjunto apropiado de servicios, así como consultas regulares apropiadas para la edad (por ejemplo, para la vacunación) (18). Los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los adolescentes son especialmente importantes, ya que el estigma y la discriminación impiden que los adolescentes tengan acceso a estos servicios en muchos entornos. Véase también el anexo A3.1.1
	Escuelas promotoras de la salud, incluida la educación para la salud	Hacer de cada escuela una escuela promotora de la salud de acuerdo a la orientación de la OMS. La educación para la salud basada en aptitudes, incluida la educación integral sobre la sexualidad, se centra en el desarrollo de los conocimientos, las actitudes, los valores y las aptitudes para la vida que se necesitan para tomar las decisiones más positivas y apropiadas en cuanto a la salud y actuar en consecuencia. Véase también el anexo A3.1.2.
	Servicios integrales de nutrición escolar	Establecer y aplicar normas para las comidas que se sirvan en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se vendan en las escuelas, que se ciñan a las directrices para una nutrición sana. Implantar programas de alimentación escolar según sea necesario. Véase también el anexo A3.1.2.
	Intervenciones de higiene escolar	De los muchos cambios que se producen durante la pubertad, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) considera que la menstruación tiene el efecto más pronunciado en la asistencia escolar y en la calidad y el goce de la educación (19). Hay que asegurar que las niñas tengan los materiales que necesitan para la higiene menstrual. El agua potable y las instalaciones sanitarias incluyen inodoros privados, separados por sexo, con puerta con traba, con agua y jabón para lavarse y un lugar privado apropiado donde las niñas puedan secar las toallas menstruales húmedas o un recipiente de residuos con tapa o un incinerador para toallas sanitarias usadas (por ejemplo, Estudio de caso 1). Véase también el anexo A3.1.2.
	Protección de menores en internet	Elaborar y ejecutar una estrategia nacional para la protección de menores en internet, con un marco jurídico, recursos para hacer cumplir la normativa, mecanismos de notificación y recursos para la educación y concientización. Véase también el anexo A3.1.3.
	Intervenciones de eSalud y mSalud orientadas a la educación para la salud y la participación del adolescente en su propio cuidado	Explorar el potencial de las intervenciones de eSalud y mSalud para adolescentes centradas en cuestiones particulares (por ejemplo, tratamiento crónico de enfermedades y educación sobre salud sexual y reproductiva, como la prevención de las ITS) y el empleo de diversos enfoques (por ejemplo, aprendizaje basado en la web, juegos de video activos, mensajes de textos y aplicaciones para teléfonos móviles o tabletas). Véase también el anexo A3.1.3.
	Iniciativas para la participación del adolescente	Para facilitar la participación del adolescente hay que incluirlo en la formulación, la ejecución, la gestión, el seguimiento y la evaluación de programas. Véase también el anexo A3.1.3.
Comunitario e interpersonal	Intervenciones para promover las cinco ces	Las intervenciones para promover la competencia, la confianza, la conexión, el carácter y la comprensión de los adolescentes abarcan diversos enfoques, entre ellos los que tienen como finalidad a) aumentar la resiliencia del adolescente (por ejemplo, mentoría); y b) aumentar los conocimientos, las aptitudes y los recursos (por ejemplo, programas educativos para jóvenes en riesgo y formación profesional). Véase también el anexo A3.1.3.
	Intervenciones orientadas a los padres o cuidadores	Trabajar con los padres para promover vínculos emocionales positivos y estables con sus hijos adolescentes, promoviendo la conexión, la regulación, la autonomía psicológica, los modelos, el sustento y la protección. Véase la orientación para personal de salud en entornos de salud no especializados sobre la psicoeducación para padres a fin de promover el bienestar de los adolescentes (sección A3.7.1.1 del anexo 3). También se puede proporcionar apoyo a los padres para que hablen con sus hijos acerca de la salud sexual y reproductiva como complemento de la educación integral sobre la sexualidad en la escuela. Véase también la sección 3.7.
Individual	Evaluación HEADSSS	La evaluación HEADSSS en la atención primaria abarca el hogar de un adolescente, la educación, el empleo, la alimentación, la actividad, las drogas, la sexualidad, la seguridad, el pensamiento suicida y la depresión, a fin de responder a problemas conexos y prevenirlos. Véase también el anexo A3.1.1.
	Comunicación breve relacionada con la sexualidad	El personal de salud capacitado debe proporcionar una comunicación breve relacionada con la sexualidad para promover el bienestar sexual de los adolescentes, ayudarles a establecer metas personales claras y abordar las brechas entre la intención y el comportamiento. Véase también el anexo A3.1.1.

Fuentes: (18-27, 29-37, 70, 223).

“Estuve en un taller del UNICEF para jóvenes donde nos enseñaron a ayudar a los más jóvenes. Y eso me puso muy contenta porque pude ayudar a muchos de los niños del barrio para que no se metieran en problemas. Y después me encontraban y me lo agradecían. Eso me puso súper contenta y fue muy gratificante.”

Adolescente mayor colombiana

Un aspecto fundamental de las intervenciones para promover el desarrollo positivo consiste en abordar normas, papeles y relaciones de género que pueden ser perjudiciales (59, 165). Por ejemplo, la promoción equitativa de la escolaridad de las adolescentes, las aptitudes para ganarse la vida, los recursos sociales, la ausencia de violencia, el comportamiento positivo relacionado con la búsqueda de atención de salud y el acceso a la educación sobre

salud sexual y reproductiva pueden contribuir a que se casen más tarde, con mejores resultados de salud materno-infantil, y a que se sientan más inclinadas a invertir en la salud y la educación de sus hijos. Las intervenciones para promover el desarrollo positivo también deben abordar el efecto negativo de las normas de género en los adolescentes varones. Por ejemplo, aunque hay algunas pruebas de la existencia de un nexo biológico o temperamental con el comportamiento agresivo y arriesgado, la mayoría del comportamiento violento de los niños varones se atribuye a factores sociales y ambientales de la niñez y la adolescencia (165).

Los programas que incluyen modelos masculinos positivos (por ejemplo, hombres adultos comprensivos y flexibles que participan en la crianza de los hijos) y que exponen a los adolescentes varones a maneras no violentas de expresar frustración e ira pueden ayudarles a resolver conflictos pacíficamente y a expresar sus emociones de manera constructiva.

Estudio de caso 1.

Programa nacional de higiene menstrual de la India para las adolescentes rurales

En el 2012, para responder a las inquietudes de que las niñas rurales de la India tenían muy poco acceso a productos sanitarios y establecimientos sanitarios seguros, el Gobierno de la India presentó un programa nacional con los siguientes objetivos:

- **aumentar la conciencia de las adolescentes acerca de la higiene menstrual, reforzar su autoestima y empoderarlas;**
- **aumentar la accesibilidad y el uso de toallas sanitarias de buena calidad por las adolescentes en las zonas rurales; y**
- **asegurar la eliminación segura de las toallas sanitarias de una manera inocua para el medio ambiente.**

A fin de crear una demanda de toallas sanitarias de buena calidad se han realizado campañas de divulgación a cargo de agentes de salud de la comunidad, por medio de otros mecanismos comunitarios y en cursos escolares de aptitudes para la vida. Por ejemplo, los agentes de salud de la comunidad deben organizar reuniones mensuales para las adolescentes e ir al domicilio de las niñas que no pueden asistir a las reuniones.

Para asegurar la disponibilidad regular de toallas sanitarias de buena calidad a precios razonables para niñas y mujeres, el Gobierno de la India también estableció un marco de distribución. Se han indicado las responsabilidades a nivel de estado, distrito, manzana, subcentro y aldea. Además, se efectúa la distribución especial de productos sanitarios para las adolescentes durante las reuniones comunitarias mensuales y en el marco de servicios escolares.

Fuentes: (21, 166).

En los estudios de casos A3.1 a A3.5 del anexo 3 se presentan ejemplos de intervenciones para promover el desarrollo positivo en diversos países, como los servicios de salud adaptados a los jóvenes y la educación para la salud en las escuelas de Egipto, los servicios de salud adaptados a los jóvenes de Zimbabwe para reducir los embarazos no intencionales, el proyecto escolar de

promoción de la salud mental en la República Islámica de Irán, el programa nacional de Suecia para proporcionar comidas escolares a todos los estudiantes y la experiencia de Brasil con la incorporación de la educación sexual en los programas de estudios escolares.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

3.2. Intervenciones para lesiones no intencionales

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 1: Prevención de lesiones

Accidentes de tránsito y ahogamiento

Accidentes de tránsito: Aunque las lesiones causadas por accidentes de tránsito ocupan el primero o el segundo lugar entre las causas principales de mortalidad en la adolescencia en casi todas las regiones de la OMS, las intervenciones que tienen las mayores probabilidades de reducirlos eficazmente pueden diferir mucho según el entorno. Por ejemplo, en los países donde las principales víctimas adolescentes de accidentes de tránsito son conductores adolescentes y sus pasajeros, las intervenciones orientadas específicamente a los adolescentes (por ejemplo, límites bajos de alcoholemia y otras restricciones para los conductores jóvenes) podrían ser las más eficaces para reducir la carga en los adolescentes. Sin embargo, en los países donde pocos adolescentes conducen automóviles pero donde hay tasas muy altas de lesiones por accidentes de tránsito en adolescentes que son peatones, ciclistas y pasajeros de medios de transporte público, una mejor aplicación de intervenciones a nivel de la población (por

ejemplo, desincentivos en las leyes para la conducción temeraria de vehículos, límites de velocidad y medidas para moderar la velocidad de la circulación) podría ser lo más eficaz para reducir esta carga en los adolescentes. Esas situaciones son más probables en países de ingresos medianos y especialmente en países de ingresos bajos, donde 51% y 57% de las muertes por accidentes de tránsito, respectivamente, corresponden a usuarios vulnerables de las vías de tránsito, es decir, motociclistas, peatones y ciclistas. En la práctica, una combinación de varias intervenciones de ambos tipos, adaptadas al entorno específico, probablemente surta el mayor efecto positivo.

Las intervenciones para reducir los accidentes de tránsito en los adolescentes se resumen por nivel ecológico general en el cuadro 3.3. Se proporciona más información acerca de estas intervenciones en la sección A3.2 del anexo 3.



Cuadro 3.3. Intervenciones para prevenir y mitigar las lesiones por accidentes de tránsito en los adolescentes

NIVEL ECOLÓGICO	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural	Leyes relacionadas con la edad mínima legal para el consumo de alcohol	Aumentar la edad legal mínima para el consumo de alcohol a 21 años reduce el consumo de alcohol, la conducción de vehículos después de beber y los choques y traumatismos relacionados con el alcohol en los jóvenes.
	Leyes sobre alcoholemia	Establecer un límite de alcoholemia permitido más bajo (0,02 g/dl) para los conductores jóvenes que el recomendado para los conductores mayores (0,05 g/dl). Hacer cumplir los límites de alcoholemia; por ejemplo, con pruebas de aliento al azar de todos los conductores en un puesto de control o solo de los que parezcan estar bajo los efectos del alcohol.
	Leyes sobre el cinturón de seguridad	Cuando se hacen cumplir las leyes que requieren el uso de cinturones de seguridad, las tasas de uso aumentan y las tasas de letalidad disminuyen. Aunque la mayoría de los países ahora tienen leyes de ese tipo, la mitad o más de todos los vehículos en los países de ingresos bajos no tienen cinturones de seguridad que funcionen bien.
	Leyes sobre cascos	Crear leyes sobre el uso obligatorio de casco en vehículos de dos ruedas y hacerlas cumplir. Establecer una norma de seguridad para los cascos que sea eficaz para reducir las lesiones craneoencefálicas.
	Leyes sobre teléfonos móviles	Hay poca información sobre la efectividad de estas intervenciones relativamente nuevas para los conductores. Sin embargo, 142 países prohíben el uso de teléfonos de mano, 34 prohíben los teléfonos de manos libres y 42 prohíben los mensajes de texto.
	Límites de velocidad	En los caminos con la mayor circulación de peatones, menores o ciclistas no deben permitirse velocidades superiores a 30 km por hora. Se deben hacer cumplir los límites de tal manera que los conductores crean que tienen grandes probabilidades de que los sancionen si se exceden de los límites de velocidad.
	Restricción de conductores jóvenes o sin experiencia	Un sistema graduado de concesión de licencias introduce privilegios paulatinamente a los conductores jóvenes con el transcurso del tiempo. Por ejemplo, primero pasan por un período prolongado con licencia para aprendiz, con capacitación y conducción supervisada en situaciones de bajo riesgo, después reciben una licencia con restricciones temporales y finalmente la licencia completa (véase el estudio de caso 2).
	Restricción de la disponibilidad de alcohol para conductores jóvenes	La reducción del horario, los días o los lugares donde se autoriza el expendio de alcohol y la reducción de la demanda por medio de mecanismos apropiados de tributación y precios son maneras costoeficaces de reducir la conducción en estado de ebriedad por los jóvenes.
	Desincentivos legales para la conducción temeraria	Hacer que la conducción temeraria sea menos atractiva; por ejemplo, aplicar sanciones en forma de puntos o revocar la licencia de las personas que conducen bajo la influencia del alcohol.
Ambiental	Medidas de moderación de la velocidad de circulación y de seguridad	Algunos ejemplos son medidas de ingeniería infraestructural (por ejemplo, badenes, minirrotondas o cruces peatonales designados), cambios visuales (por ejemplo, alumbrado del camino o tratamiento de superficies), redistribución del tránsito (por ejemplo, calles de una sola mano) y promoción de medios de transporte público seguros.
Institucional	Atención prehospitalaria	Estandarizar los servicios médicos de urgencia formales, equipando a los vehículos con suministros y dispositivos para menores y adultos. En los lugares donde no haya un sistema de atención prehospitalaria para traumatismos, enseñar técnicas básicas de primeros auxilios a las personas que estén interesadas, aprovechar los sistemas informales de atención prehospitalaria y transporte e iniciar servicios de urgencia en los caminos muy transitados donde se producen muchos choques.
	Atención hospitalaria	Mejorar la organización y la planificación de los servicios de atención traumatológica de una manera asequible y sostenible a fin de mejorar la calidad y el resultado de la atención.
	Rehabilitación	Mejorar los servicios de los establecimientos de atención de salud y la rehabilitación en la comunidad para reducir al mínimo el grado de discapacidad después de un traumatismo y ayudar a los adolescentes con discapacidad persistente a realizar su potencial en la mayor medida de lo posible.
Comunitario	Campañas contra el alcohol	Lograr que la conducción en estado de ebriedad sea menos aceptable para el público, informar a la gente sobre el riesgo de detección y arresto y sus consecuencias y aumentar el apoyo del público a la aplicación de las leyes.
	Campañas de conductores designados	Los "conductores designados" deciden no consumir alcohol para que puedan llevar en automóvil sin riesgos a otros que han consumido alcohol. Tales iniciativas deben estar orientadas solo a los jóvenes mayores que tengan la edad mínima legal para consumir alcohol, a fin de no promover el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.
	Campañas para promover el uso del cinturón de seguridad	Se pueden realizar campañas públicas sobre las leyes relativas al uso del cinturón de seguridad dirigidas a los adolescentes para aumentar su conciencia y cambiar las normas sociales que toleran los comportamientos arriesgados.
	Campañas para promover el uso del casco	Educar a los adolescentes acerca de los beneficios de usar casco en vehículos de dos ruedas, usando la presión social para cambiar las normas de los jóvenes con respecto a la aceptabilidad del casco y reforzar las leyes relativas a su uso.
	Proyectos comunitarios	Los proyectos comunitarios pueden recurrir a los padres y a los compañeros para impulsar a los adolescentes a usar el cinturón de seguridad.
Individual	Distribución de cascos	Los programas que proporcionan cascos a un costo reducido o gratis permiten que los adolescentes con pocos ingresos disponibles usen casco. La distribución puede ampliarse en escala por medio del sistema escolar.
	Intervenciones para vehículos motorizados de dos ruedas	Promover el uso de luces de marcha diurnas, ropa reflectora o fluorescente, ropa y casco de colores claros y reflectores en la parte trasera de los vehículos para reducir las lesiones.
	Intervenciones orientadas a los ciclistas	Promover el uso de reflectores frontales, traseros y en las ruedas, lámparas de bicicleta, chalecos reflectores y cascos para reducir las lesiones.
	Intervenciones orientadas a los peatones	Promover el uso de ropa blanca o de colores claros para mayor visibilidad y tiras reflectoras en la ropa o en artículos tales como mochilas; caminar con buena luz y caminar en dirección contraria al tránsito para reducir las lesiones.

Fuentes: (118, 168, 250).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Estudio de caso 2

Programas de educación y capacitación sobre conducción de vehículos para jóvenes conductores de motocicleta novatos en Tailandia

En Tailandia, las motocicletas son el medio de transporte que más se usa y la fuente principal de riesgo de lesiones por accidentes de tránsito. En el 20014, los datos de vigilancia de 26 hospitales tailandeses con centros de traumatología mostraron que 66% de los casos de morbilidad por accidentes de tránsito y 68% de los casos de mortalidad relacionada con accidentes de tránsito en menores de 15 años estaban relacionados con motocicletas. De los casos de mortalidad, 48% eran conductores y 52% pasajeros.

15 años manejar motocicletas, y los adolescentes de 15 a 18 años solo pueden andar en motocicletas con motor de menos de 110 cc.

En el país también se está llevando a cabo a un programa de capacitación de 15 horas, orientado a todas las edades pertinentes, para enseñar a manejar motocicletas sin riesgos. Abarca cinco horas de instrucción en clase sobre leyes y reglamentos, controles de la motocicleta, estructura básica de la conducción de motocicletas, una prueba de percepción de riesgos (con un simulador de la conducción de motocicletas) y principios de las técnicas de conducción, y diez horas de desarrollo de las aptitudes para la conducción de motocicletas.

Tailandia ha adoptado leyes que prohíben a menores de

Fuente: (169).

Los estudios de casos A3.6 a A3.8 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones para traumatismos por accidentes de tránsito en otros países, como la mejora de las leyes de seguridad vial en Brasil, los servicios médicos de urgencia innovadores posteriores al conflicto en Iraq y la promoción del uso de cascos de motociclista por los niños en Viet Nam.

Ahogamiento: El ahogamiento en la adolescencia puede prevenirse mediante estrategias orientadas a la población general, entre ellas la mejora de la infraestructura de la comunidad (por ejemplo, barreras alrededor de depósitos de agua y a lo largo de puentes y diques), concientización del público y políticas y leyes apropiadas (170). Algunas políticas y leyes eficaces que pueden aplicarse en entornos de bajos ingresos son el establecimiento y la aplicación de normas para evitar los accidentes de lanchas, de navegación y de transbordadores, el aumento de la resiliencia y el manejo de los riesgos de inundaciones a nivel local y nacional, la coordinación de las medidas para prevenir los ahogamientos con las medidas de otros sectores y agendas, y la elaboración de un plan nacional de seguridad de las actividades acuáticas.

Algunas medidas comunitarias para prevenir los ahogamientos se pueden adoptar fácilmente en entornos de bajos ingresos, entre ellas la instalación de barreras para controlar el acceso a masas de agua; la enseñanza de natación básica, seguridad de las actividades acuáticas y rescate a niños en edad escolar; la capacitación de miembros de la comunidad en métodos seguros de rescate y reanimación; y el fortalecimiento de la conciencia del público sobre la vulnerabilidad de los adolescentes a los ahogamientos, ya que tienden a estar menos supervisados que los niños pequeños y tienen mayores probabilidades de consumir alcohol y de tener otros comportamientos peligrosos en el agua. Por ejemplo, en Bangladesh, el Centro para la Prevención y la Investigación de Traumatismos inició varias intervenciones a fin de reducir el ahogamiento de niños de todas las edades, entre ellas espectáculos de teatro callejero y videos con temas relacionados con la seguridad en el agua, la distribución de folletos y carteles en escuelas, la colaboración con organismos pertinentes para la implementación de un programa de natación de supervivencia y reuniones comunales después de cualquier muerte por ahogamiento para determinar la causa y prevenirla en el futuro (171).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 2: evaluación y manejo de los adolescentes que acuden a establecimientos de salud con lesiones no intencionales, incluidos las lesiones relacionados con el alcohol

Ejemplo: quemaduras

La evaluación y el manejo de adolescentes que notifican traumatismos accidentales son necesarios no solo para proporcionar atención médica apropiada, sino también para determinar con exactitud la causa del traumatismo a fin de asegurar que no se repita. Por ejemplo, las quemaduras son uno de los pocos tipos de lesiones que representan una carga mayor para las adolescentes que para los varones, porque en todo el mundo alrededor de 2.000 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos, en su gran mayoría mujeres, cocinan en fogones peligrosos al aire libre o en cocinas tradicionales muy básicas (172, 173). En muchos países de ingresos bajos y medianos, las adolescentes cocinan para su familia o como empleadas domésticas en la casa de terceros. Debido a su juventud por lo general son menos hábiles y más propensas a las quemaduras que las mujeres adultas (119). La mayoría de las intervenciones para prevenir las quemaduras provienen de países de ingresos altos y se aplican específicamente a esos entornos (por ejemplo, detectores de humo y surtidores para extinción de incendios). Relativamente pocos han sido diseñados y utilizados para abordar factores de riesgo de quemaduras que son comunes en los países de ingresos bajos y medianos y menos todavía se han evaluado para comprobar si son eficaces. Algunos enfoques prometedores son la promoción de estufas de leña mejoradas con chimenea en Guatemala y una estufa de parafina más segura en Sudáfrica (175).

La evaluación cuidadosa de la causa de la lesión del adolescente también es importante porque algunos adolescentes o sus tutores pueden declarar falsamente que una lesión se debió a un accidente cuando en realidad fue autoinfligida o fue el producto de violencia interpersonal. En algunos países, por ejemplo, los llamados crímenes de honor y las muertes causadas por el fuego representan un número considerable de casos notificados de violencia familiar o infligida por el compañero íntimo contra adolescentes. Los sobrevivientes de tales agresiones podrían ser obligados por los perpetradores a afirmar que las lesiones fueron accidentales (67, 172). De manera análoga, el consumo del alcohol es un importante factor de riesgo de muchos tipos de lesiones, tanto cuando un adolescente es el bebedor como cuando el bebedor (por ejemplo, un padre o un compañero íntimo) causa daños a un adolescente (102, 388). En estos casos podrían justificarse otras intervenciones relacionadas con la salud mental y el consumo de alcohol o intervenciones jurídicas. Más adelante en esta sección se presentan algunos ejemplos.



3. Intervenciones basadas en la evidencia

3.3. Intervenciones para la violencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 3: prevención de la violencia

Ejemplo: violencia juvenil

Las intervenciones para prevenir la violencia juvenil se resumen por nivel ecológico general en el cuadro 3.4 y se proporciona más información acerca de estas intervenciones en la sección A3.3 del anexo 3.

Cuadro 3.4. Intervenciones para prevenir la violencia juvenil

NIVEL ECOLÓGICO	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural	Reducir el acceso a armas de fuego y su uso indebido	Se podrían requerir leyes nuevas, una mayor fuerza policial para supervisar su aplicación, campañas de información del público y sistemas de monitoreo más complejos.
	Reducir el acceso al alcohol y su consumo nocivo	Reglamentar la comercialización de alcohol a los adolescentes, restringir la disponibilidad de alcohol, reducir la demanda mediante la tributación y los precios, dar a conocer políticas y apoyarlas y realizar intervenciones para combatir el consumo nocivo de alcohol.
	Incentivos financieros para la asistencia a la escuela	Se asignan fondos por estudiante o por familia, supeditados a una asistencia escolar de 80% como mínimo. Las subvenciones pueden usarse para sufragar costos directos (por ejemplo, matrícula escolar y útiles escolares) y costos de oportunidad (por ejemplo, cuando las familias pierden ingresos derivados del trabajo infantil).
Ambiental	Modificaciones espaciales y mejoras urbanas	Para las áreas con altos niveles de violencia, la prevención de delitos situacionales abarca una evaluación de la seguridad, un análisis de los interesados directos y un proceso de planificación en el que participan las comunidades, el gobierno local y los sectores de la vivienda, el transporte y otros.
	Desconcentración de la pobreza	En el marco de estas estrategias se ofrecen vales u otros incentivos a los residentes de complejos de viviendas públicas económicamente empobrecidos para que se muden a vecindarios menos empobrecidos.
	Vigilancia policial de zonas con altos índices de criminalidad	Se despliegan recursos policiales en zonas donde hay mucha delincuencia. El mapeo y el análisis geográfico ayudan a detectar zonas con altos índices de criminalidad según las estadísticas delictivas combinadas, los registros de atención de urgencia de los hospitales, los datos sobre actos de vandalismo y hurtos en tiendas y otras fuentes.
Institucional	Intervenciones antidrogas orientadas a la oferta y la demanda	La acción contra las drogas puede centrarse en la reducción de la demanda, de la oferta o de ambas. Para la mayoría de las intervenciones se requiere una capacidad técnica sustancial en los servicios de salud y en la fuerza policial.
	Prevención de la intimidación en la escuela	Se enseña a los docentes a reconocer la intimidación y explicarla a los alumnos, qué hacer al respecto, aptitudes para manejar eficazmente las relaciones y aptitudes eficaces para los espectadores circunstanciales. Hay especialistas que trabajan con los estudiantes involucrados en actos de intimidación. También podrían establecerse políticas y procedimientos escolares y se podría capacitar a los padres.
Comunitario	Intervenciones de prevención de la violencia callejera y de pandillas	Estas intervenciones pueden centrarse en la reducción del reclutamiento en pandillas, la ayuda a integrantes que quieran dejar las pandillas o la supresión del pandillaje. Los líderes comunitarios transmiten un mensaje firme de que la violencia de pandillas es inadmisible. Podría recurrirse también a la acción policial, la formación profesional y actividades de desarrollo personal.
	Vigilancia policial comunitaria y orientada a problemas	Con el uso sistemático de alianzas entre la policía y la comunidad y de técnicas de solución de problemas se pueden detectar y abordar los problemas de base y reducir la violencia (véase el estudio de caso 3). Como condiciones previas, es necesario que haya una fuerza policial profesional, legítima, responsable, no represiva y no corrupta, así como buenas relaciones entre la policía, el gobierno local y el público.
Interpersonal	Programas para los padres	Las metas son que los padres comprendan el desarrollo de los adolescentes y sepan ayudarlos a regular su comportamiento.
	Visitas a domicilio	Programas de visitas a domicilio para dar seguimiento a las familias y apoyarlas en los casos en que haya un alto riesgo de maltrato (por ejemplo, familias que viven con grandes privaciones).
	Mediación de compañeros	Los compañeros mediadores pueden ser nombrados por una clase y recibir entre 20 y 25 horas de capacitación sobre la forma de mitigar conflictos entre compañeros y pedir ayuda si es necesario. Otros estudiantes también pueden recibir capacitación en resolución de conflictos.
	Prevención de la violencia en el noviazgo	Actividades participativas en la escuela o después de clase que abordan las características de las relaciones comprensivas y abusivas, cómo crear una estructura de apoyo de amigos, aptitudes para la comunicación y dónde y cómo buscar ayuda en caso de agresión sexual.
Individual	Desarrollo de las aptitudes para la vida y el aprendizaje social y emocional	Estos programas adaptados a la edad de los destinatarios ayudan a los adolescentes a comprender y controlar la ira y otras emociones, mostrar empatía con otros y establecer relaciones. Pueden abarcar entre 20 y 150 clases a lo largo de varios años.
	Actividades después de clase y otras actividades estructuradas para el tiempo libre	Las actividades estructuradas para el tiempo libre pueden abarcar el desarrollo de aptitudes cognitivas y académicas, artes, artesanías, cocina, deportes, música, baile, teatro, actividades relacionadas con la salud y la nutrición y la participación de los padres y la comunidad.
	Enriquecimiento académico	Estas intervenciones están dirigidas a los adolescentes y recurren a los medios de difusión, lecciones después de clase o tutores particulares para ayudarles a mantenerse al día con los requisitos escolares y evitar que abandonen la escuela.
	Formación profesional	La formación profesional para los jóvenes en riesgo puede tener grandes efectos en la prevención de la violencia si se integra con el desarrollo económico y la creación de empleos. Implica asegurar la capacidad de las instituciones de capacitación, la disponibilidad de equipo técnico, la cooperación con empresas y modelos de financiamiento sostenibles.
	Mentoría	Los mentores voluntarios reciben capacitación sobre el desarrollo de los adolescentes, la formación de relaciones, la solución de problemas, la comunicación y preocupaciones específicas (por ejemplo, consumo de alcohol y drogas). Un mentor comparte conocimientos, aptitudes y perspectivas para promover el desarrollo positivo de un adolescente en riesgo.
	Enfoques terapéuticos	Los especialistas capacitados en salud mental o los asistentes sociales trabajan con adolescentes individualmente en las aptitudes sociales y el comportamiento, técnica de control de la ira y de autocontrol, y elementos cognoscitivos (por ejemplo, razonamiento moral y uso de la perspectiva para comprender los efectos negativos de la violencia en las víctimas). También pueden estar dirigidos a las familias y a redes sociales de adolescentes en riesgo.

Fuentes: (45, 176).

Estas y otras intervenciones para prevenir y responder a la violencia juvenil se detallan en la sección A3.3 del anexo 3.

Estudio de caso 3

Programa de Brasil para reducir la violencia relacionada con el alcohol en jóvenes de alto riesgo

En Diadema, Brasil, se aplicó una estrategia a escala comunitaria para reducir la violencia relacionada con el alcohol. Se impartió capacitación profesional y se ofrecieron colocaciones para jóvenes de alto riesgo, junto con un club de vacaciones que organizó actividades para los feriados escolares (que son períodos de máxima actividad delictiva juvenil) y un programa de capacitación en aptitudes para la vida orientado a la reducción del uso de drogas ilícitas. Además, la ciudad introdujo una nueva ley de acuerdo con

la cual los bares debían cerrar a las 23.00 horas y puso en marcha un proyecto de operaciones integradas, en cuyo marco la guardia municipal de Diadema y la policía estatal se hicieron cargo de la vigilancia de vehículos, bares, áreas desiertas y otros espacios “de riesgo”. Se instalaron cámaras de seguridad para vigilar áreas específicas con índices de criminalidad elevados. La combinación de estas iniciativas redujo los homicidios de 389 en 1999 a 167 en el 2003 y los robos de 5.192 en 1999 a 4.368 en el 2003.

Fuente: (176).

Los estudios de casos A3.9 a A3.11 del anexo 3 presentan más ejemplos de intervenciones dirigidas a la violencia juvenil en otros países, como el programa de mejora de vecindarios urbanos de

bajos ingresos en Colombia, el programa de mentoría Hermanos Mayores, Hermanas Mayores de la Federación de Rusia y la reglamentación estricta del alcohol en la antigua Unión Soviética.



©Camila Eugenia

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 4: prevención de la violencia

Ejemplo: Maltrato de adolescentes

Los adolescentes corren un riesgo mayor de maltrato por los padres o cuidadores que los niños de 5 a 9 años (177). No obstante, la mayoría de las intervenciones para el maltrato de menores están orientadas a los niños preadolescentes en lo que respecta a su diseño y ejecución (178). La OMS recomienda que las intervenciones para el maltrato de menores sean polifacéticas a fin de atender las necesidades específicas de los adolescentes con mayor eficacia y que incluyan una mejor capacitación y educación profesional acerca de la naturaleza y los efectos del maltrato de los adolescentes, el desarrollo y la extensión de los servicios de prevención y tratamiento para las víctimas adolescentes y su familia y la mejora de los sistemas de evaluación e intervención para adolescentes maltratados (178). En la sección A3.7.1.2 del anexo 3 se indican los signos de maltrato de adolescentes a los cuales los médicos clínicos en entornos de salud no especializados deben prestar atención y responder.

Los programas de visitas domiciliarias para las familias en riesgo y los programas de capacitación para padres pueden ser eficaces para reducir el maltrato tanto físico como emocional de los adolescentes de varias maneras; por ejemplo, aumentando los conocimientos de los padres acerca del desarrollo de los adolescentes, cambiando las actitudes indeseables de los padres, modificando positivamente la interacción entre los padres y los adolescentes y aumentando la supervisión profesional de la familia a fin de detectar los problemas más precozmente o evitar que se produzcan (180). Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medianos a menudo no hay recursos humanos y de otros tipos para tales programas, y casi todos los datos probatorios en la efectividad de tales programas provienen de países de ingresos altos.

Los países también deben establecer normas para la atención de salud y los servicios de protección para los adolescentes maltratados; por ejemplo, normas para la documentación de lesiones, la evaluación forense, el apoyo psicosocial, el manejo coordinado de casos, procedimientos judiciales con testigos adolescentes, intervenciones de servicios sociales con familias y colocación de adolescentes en otros hogares (180).



“Tengo una amiga que está muy gorda. Otros niños la intimidan, hay mucha intimidación. Pero la cosa es que su mamá es igual. Mirarla a ella es como mirar a su mamá. Y su mamá la golpea. Y el papá, el papá las golpea a las dos y quiere dejarlas. Entonces, mi amiga llora mucho y dice que no quiere a su familia.”

Adolescente mayor colombiana

Las estrategias de prevención primaria de la violencia infligida por el compañero íntimo o la violencia sexual para adolescentes consisten en lo siguiente:

Adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años):

- intervenciones específicamente para niños expuestos a violencia de este tipo, como el tratamiento psicológico para mejorar los resultados cognitivos, emocionales y conductuales;
- capacitación en la escuela para ayudar a los niños a reconocer y posiblemente evitar situaciones de abuso sexual;
- iniciativas escolares para el desarrollo de aptitudes sociales y emocionales; y
- detección y tratamiento de trastornos conductuales y emocionales.

Adolescentes mayores (de 15 a 19 años):

- programas escolares para prevenir la violencia en el noviazgo; y
- programas de prevención de la violencia con múltiples componentes.

Todos los adolescentes:

- estrategias para reducir el acceso y el consumo nocivo de alcohol;
 - intervenciones basadas en la teoría de las normas sociales y centradas en el cambio de las normas sociales y culturales de género;
 - campañas de sensibilización de los medios de comunicación; y
 - trabajo focalizado con hombres y niños (WHO, 2003e; WHO, 2010c; WHO, 2010d; WHO et al., 2016).
- (45, 181, 182, 183).

Las intervenciones eficaces para prevenir la perpetración primaria o secundaria de actos de violencia por el compañero íntimo en adolescentes y la victimización se basan en diversos entornos (es decir, escuela y comunidad), se centran en adultos clave en el ambiente donde están los adolescentes (por ejemplo, docentes y padres), abordan las aptitudes para relacionarse y miden más de un tipo de violencia (por ejemplo, física y sexual) (184). Las intervenciones que se ha observado que no son eficaces son aquellas de duración relativamente corta (es decir, de 1 a 3 horas en comparación con 8 a 28 horas) y las que tienen solamente un componente curricular sin un componente comunitario.

En el recuadro 3.1 se resumen los servicios de salud que deben proporcionarse a los adolescentes que sobreviven actos de violencia sexual o infligida por el compañero íntimo.

Recuadro 3.1. Servicios de salud para adolescentes sobrevivientes de actos de violencia sexual o infligida por el compañero íntimo

El personal de salud que entra en contacto con adolescentes que sobreviven actos de violencia sexual es fundamental para reconocer los casos de agresión sexual y responder. En general, los servicios que se necesitan después de un acto de agresión sexual consisten en atención integral posterior a la violación, que incluye:

- apoyo de primera línea;
- prueba y prevención del embarazo (es decir, anticoncepción de emergencia);
- servicios de aborto (en la medida en que estén permitidos por ley), profilaxis de la infección por el VIH, profilaxis de otras ITS y tratamiento de lesiones;
- atención de salud mental de conformidad con las directrices de la OMS; y
- envío a otros servicios a fin de atender otras necesidades (asesoramiento jurídico, apoyo psicosocial y albergue).

(185)

Las directrices clínicas y de política de la OMS del 2013 para responder a la violencia infligida por el compañero íntimo y la violencia sexual contra la mujer contienen recomendaciones más detalladas (185). Además, deben considerarse las necesidades particulares de los adolescentes sobrevivientes.

Por ejemplo, los adolescentes suelen ser tímidos o sentirse incómodos cuando se les pide que hablen de temas sexuales y pueden conversar más libremente si los padres no están presentes. Habría que preguntarles—idealmente no en presencia de los padres—si quieren que el padre o la madre esté presente durante el interrogatorio clínico. La edad del adolescente también determinará la naturaleza del examen clínico (por ejemplo, muestras cervicales) y el tratamiento (por ejemplo, dosificación de los medicamentos para ITS), de manera que deben consultarse las directrices adecuadas para la edad (186).

Fuentes: (185, 186).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

3.4.

Intervenciones de salud sexual y reproductiva, entre ellas las intervenciones para la infección por el VIH

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 6: educación integral sobre la sexualidad

Ejemplo: comportamiento sexual peligroso

Según la UNESCO, la educación integral sobre la sexualidad es “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor” (187, 376). Las características de un programa eficaz de educación integral sobre la sexualidad se relacionan con el desarrollo, el contenido y la ejecución; estas características se resumen en la sección A3.1.2 del anexo 3. Las pruebas científicas más recientes demuestran que la educación integral sobre la sexualidad, incluida la educación sobre la actividad sexual de menor riesgo y el uso de condones, puede ayudar a retrasar el inicio y la frecuencia de la actividad sexual, reducir el número de compañeros sexuales, aumentar el uso de condones y reducir la actividad sexual arriesgada (188, 189). Los programas escolares de educación integral sobre la sexualidad también tienen grandes posibilidades de ampliarse porque la mayoría de los adolescentes asisten a la escuela y estos programas pueden usar la infraestructura y la capacidad existente.

La educación integral sobre la sexualidad debe integrarse en los programas de estudios escolares en todos los países, independientemente de la prevalencia de la infección por el VIH, e incluir la promoción de la igualdad de género y el respeto de los derechos humanos (265). Hay que informar a representantes apropiados del sector de la salud acerca de la educación integral eficaz sobre la sexualidad y apoyar activamente su implementación en diversos niveles ecológicos:

- A nivel de políticas, los sectores de salud y educación deben promover la educación integral sobre la sexualidad en las escuelas, abogando por políticas claras, uniformes y basadas en la evidencia para entornos favorables y sin riesgos y por la inclusión de una educación sobre la salud sexual y reproductiva adecuada para la edad y basada en aptitudes en los programas de estudios escolares.
- A nivel de la comunidad, la pericia colectiva y la sólida credibilidad del sector de la salud lo convierten en un aliado valioso para movilizar asociados, disipar ideas erróneas, aportar argumentos basados en la evidencia y fomentar la elaboración de políticas y prácticas sólidas para la promoción de salud sexual y reproductiva entre los estudiantes en la escuela y entre los jóvenes que no asisten a la escuela en entornos comunitarios.
- A nivel escolar, en colaboración con el sector de la educación, el sector de la salud puede promover la educación integral sobre la sexualidad haciendo lo siguiente:
 - facilitar la capacitación y la readaptación profesional de los docentes por medio de las organizaciones profesionales;
 - examinar conjuntamente la exactitud de la información y determinar si la capacitación basada en aptitudes en los programas de enseñanza primaria y secundaria es apropiada;
 - hacer aportes para el desarrollo de la educación sobre salud sexual y reproductiva basada en la evidencia, adecuada para la edad y basada en aptitudes como parte de los programas de enseñanza primaria y secundaria;
 - fomentar la formulación, la adaptación y el uso de normas para los programas de educación sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes; y
 - apoyar la educación integral sobre la sexualidad en general por medio de los servicios de salud y derivación de casos en las escuelas o vinculados con la escuela.

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 7: información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva integral, incluida la anticoncepción

Ejemplos: embarazo precoz o no intencional

En el 2011, la OMS evaluó la efectividad de las intervenciones en los resultados cruciales para la salud materna de la adolescente (190). Sobre la base de este examen, la OMS formuló las siguientes recomendaciones para reducir el embarazo antes de los 20 años:

- ofrecer intervenciones que combinen la educación sobre la sexualidad basada en el programa de estudios con la promoción de anticonceptivos para los adolescentes a fin de reducir las tasas de embarazo; y
- ofrecer y promover el uso de anticonceptivos después del parto y del aborto entre las adolescentes en varias visitas a domicilio o a consultorios para disminuir las probabilidades de un segundo embarazo de las adolescentes (190).

En el examen realizado por la OMS en el 2011 se recomendó también que, a fin de aumentar el uso de anticonceptivos por los adolescentes, los interesados directos deben:

- realizar intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes, como mejorar la competencia de los proveedores y abordar sus sesgos, para facilitar su acceso y uso de información y servicios sobre métodos anticonceptivos;
- realizar intervenciones en gran escala que proporcionen información exacta y educación acerca de los anticonceptivos, en particular educación sobre la sexualidad como parte del programa de estudios, a fin de aumentar el uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes; y
- realizar intervenciones para reducir el costo de los anticonceptivos para los adolescentes (véase, por ejemplo, el estudio de caso 4) (190).

En la sección A3.4.1 del anexo 3 se describen en profundidad las intervenciones para prevenir y responder al embarazo precoz y no intencional de las adolescentes. En el estudio de caso A3.12 se detallan las visitas a domicilio en Estados Unidos para promover el uso de anticonceptivos y evitar los embarazos rápidos y repetidos en la adolescencia

Estudio de caso 4

Programa de vales de Nicaragua para aumentar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes subatendidos

En las áreas desfavorecidas de Managua, Nicaragua, el Instituto Centroamericano de la Salud se asoció con otras organizaciones no gubernamentales (ONG) para financiar y distribuir vales con la finalidad de reducir las barreras para la atención de salud sexual y reproductiva de los adolescentes subatendidos.

Estos vales daban acceso gratuito a atención de ese tipo en 20 centros de salud seleccionados. Los vales se distribuyeron en diversos lugares de 221 barrios pobres, principalmente entre los menores que no iban a la escuela, ya que relativamente pocas adolescentes asisten a la escuela secundaria en Managua y el embarazo puede ser una razón

del abandono. Los vales daban derecho a cada adolescente a una consulta y una visita de seguimiento para orientación, planificación familiar, prueba del embarazo, atención prenatal, tratamiento de ITS o una combinación de estos servicios. Además, el personal del consultorio recibió capacitación sobre orientación, adolescencia y sexualidad, y abuso sexual.

Las adolescentes que recibieron un vale tenían más probabilidades de utilizar los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, de usar métodos anticonceptivos modernos y de haber usado condón en su encuentro sexual más reciente.

Fuentes: (190, 191).

[Primera adolescente] “Si me está pasando algo que me afecta emocionalmente y no me siento querida, me busco un novio. Y quizás él no sea bueno para mí, pero me hace compañía. De esa manera consigo la atención que estaba buscando pero que no estaba recibiendo de mis padres.”

Adolescentes mayores colombianas

[Segunda adolescente] “Sí, eso pasa en muchos casos. Por ejemplo, las muchachas como yo están en una relación debido a eso, no porque realmente quieran. Y otras chicas están con alguien porque realmente quieren estar en una relación con ese muchacho.”

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 8: prevención y respuesta a prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzado

Ejemplos: mutilación genital femenina y matrimonio precoz o forzado

Mutilación genital femenina: A nivel nacional, la introducción y la aplicación de leyes contra la mutilación genital femenina han reducido esta práctica (138, 192). Las iniciativas de los medios de comunicación por medio de la radio, la música, los relatos y los poemas también han contribuido a un cambio positivo en el comportamiento relacionado con la mutilación genital femenina (390). A nivel de la comunidad, otras intervenciones para promover cambios en el comportamiento también están dando resultado, entre ellas proyectos de comunicación para el cambio y otros tipos de rituales iniciáticos (138).

Las adolescentes y mujeres que han sufrido mutilación genital femenina han experimentado una práctica perjudicial y deben recibir atención de salud de buena calidad (193). Las directrices de la OMS para el tratamiento de las complicaciones de salud de la mutilación genital femenina, del 2016, contienen recomendaciones relacionadas con la desinfección, la salud mental y la salud sexual de la mujer. Por ejemplo, para las niñas y las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina de tipo III, se recomienda la desinfección para la prevención y el tratamiento de complicaciones obstétricas, el parto y la prevención y el tratamiento de complicaciones urológicas (por ejemplo, infecciones recurrentes de las vías urinarias y retención urinaria). Para las niñas y las mujeres con cualquier forma de mutilación genital femenina, debe considerarse la terapia conductual cognitiva si presentan síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático, y se recomienda la orientación sexual para prevenir o tratar la disfunción sexual femenina (193).

Matrimonio precoz o forzado: Las acciones para prevenir y reducir el matrimonio antes de los 18 años consisten en impulsar a los líderes políticos, los planificadores y los líderes comunitarios para que formulen y hagan cumplir leyes y políticas para prohibirlo, realizar intervenciones para informar y empoderar a las menores, realizar intervenciones para influir en las prácticas familiares y las normas de la comunidad y ofrecer más oportunidades de educación para las niñas por canales formales e informales (190). Un método multisectorial y polifacético probablemente sea más eficaz para poner fin al matrimonio prenúbil que cambiar leyes y políticas solamente; por ejemplo, una combinación de protección social que tenga en cuenta las necesidades de los menores, la mejora de la escolaridad, cambios en las leyes, campañas de sensibilización y aumento de la capacidad con respecto a la igualdad de género, y formación vocacional y sobre finanzas para las niñas (162). La protección social podría incluir transferencias, seguros y servicios para aumentar la resiliencia y prevenir las estrategias negativas para hacer frente a los problemas domésticos, como el matrimonio prenúbil. Estas medidas deben abordar los modelos específicos de pobreza y vulnerabilidad de los menores y reconocer los beneficios para el desarrollo a largo plazo de la inversión en la educación y formación vocacional de las niñas.

Las adolescentes casadas a menudo enfrentan obstáculos para el acceso a la anticoncepción debido a las normas sociales y de género que promueven la maternidad inmediata después del matrimonio, a la poca agencia y poder en sus relaciones matrimoniales y, en algunos casos, a la poca movilidad. A menudo, por ejemplo, una niña casada está encerrada en la casa de la familia de su esposo, y la pérdida de su red de relaciones sociales y del apoyo de su familia puede llevar a un aislamiento extremo (195). Las responsabilidades propias de los adultos, las relaciones sexuales forzadas, la denegación de libertad y la pérdida de desarrollo educativo y personal pueden tener profundos efectos físicos, intelectuales, psicológicos y emocionales. Por lo tanto, el apoyo psicológico para las adolescentes casadas es importante, así como la asistencia de urgencia para aquellas que se encuentran en situaciones de estrés matrimonial extremo.

Las adolescentes casadas también pueden correr un riesgo particular cuando un país tiene una edad legal para contraer matrimonio que es más baja que la edad a la cual se permite proporcionar anticonceptivos y servicios de planificación familiar. Además, los servicios de salud materno-infantil a menudo no se centran en las madres jóvenes que tienen su primer hijo. Las adolescentes casadas no requieren servicios especiales de salud materna, pero sí necesitan servicios adaptados a los jóvenes y una acción positiva para lograr la igualdad de acceso. Algunos países con tasas elevadas de matrimonio en la adolescencia han creado servicios especiales de divulgación para abordar este problema. Por ejemplo, en Rajastán, India, el Programa de Acción, Investigación y Capacitación para la Salud lleva a cabo un programa de divulgación con mujeres voluntarias de las aldeas. Ellas conocen a todas las mujeres que quedan embarazadas por primera vez, la mayoría de las cuales son adolescentes, y las acompañan en su primera visita a un consultorio. El servicio también proporciona servicio de partos a domicilio y en el centro de salud las 24 horas, con un escuadrón obstétrico integrado por una enfermera partera y un trabajador sobre el terreno que se desplaza en moto (138, 164, 196).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 9: atención antes del embarazo, durante el embarazo, en el parto, después del embarazo, en el aborto (donde sea legal) y después del aborto [las 48 intervenciones de la estrategia mundial basadas en la evidencia], en la medida en que sean pertinentes a las adolescentes

Ejemplo: trastornos de la madre

Las intervenciones amplias de salud materna que abordan los retrasos en la búsqueda de atención de salud apropiada pueden reducir los trastornos de las madres adolescentes, incluidos los que se detallan en las “Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015” y las directrices del 2013 sobre la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, que contienen recomendaciones sobre la salud materna y perinatal (392, 395).

Para mejorar el uso de la atención prenatal, en el parto y posnatal por las adolescentes, se pueden tomar medidas tales como ampliar la disponibilidad de esos servicios y de la atención obstétrica de urgencia, informar a las adolescentes y a la comunidad acerca de su importancia y dar seguimiento para que las adolescentes, su

familia y las comunidades estén bien preparados para el parto y las emergencias conexas (190). La atención a una adolescente embarazada debe incluir orientación acerca de la opción de abortar en la primera visita (donde sea legal), apoyo social (incluidas las visitas a domicilio), apoyo nutricional (con orientación y administración de suplementos), asesoramiento para evitar la contaminación del aire en el interior de la vivienda, evaluación sistemática de la violencia, un plan para el nacimiento, manejo de la anemia y la malaria donde sean endémicas y asesoramiento sobre la lactancia materna y la anticoncepción después del parto (133). Los servicios anticonceptivos después del parto son especialmente importantes para un espaciamiento saludable de los embarazos y para prevenir los embarazos rápidos y repetidos (131, 393).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 10: Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y las infecciones del aparato reproductor, entre ellas la infección por el VIH y la sífilis

Ejemplo: Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Los componentes de los programas eficaces de prevención de la infección por el VIH para los adolescentes y los adultos jóvenes consisten en la promoción y distribución de condones, programas intensivos de comunicación social y orientada al cambio de comportamiento, la enseñanza en la escuela de la prevención de la infección por el VIH (incluida la educación integral sobre la sexualidad), la profilaxis preexposición y la captación acelerada de las pruebas de detección del VIH, el tratamiento con antirretrovirales, servicios de reducción de daños y la circuncisión masculina médica voluntaria. Para cada una de estas intervenciones de prevención, en el documento de orientación del ONUSIDA del 2016 sobre la prevención de la infección por el VIH en adolescentes y mujeres jóvenes se describen los temas a considerar y los marcos para la ejecución (265).

En vista de la gran proporción de adolescentes que corren un alto riesgo de contraer ITS, los servicios eficaces de prevención de las ITS para la población general son igualmente o incluso más urgentes para los adolescentes, entre ellos la ampliación de la escala del manejo y la orientación de casos de ITS, la prueba de la sífilis y el tratamiento de todas las menores y mujeres embarazadas, y la vacunación contra el VPH (199). La “Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021” se centra en tres ITS que requieren una acción inmediata para controlarlas y para las cuales hay intervenciones eficaces en función del costo: *Neisseria gonorrhoeae*, debido al riesgo creciente de

contraer una forma de gonorrea para la cual no hay tratamiento y el riesgo de coinfección con otras ITS que también podrían estar difundiéndose (por ejemplo, *Chlamydia trachomatis*); *Treponema pallidum*, específicamente la transmisión de sífilis de madre a hijo (congénita), y el VPH, haciendo hincapié en la vacunación para eliminar el cáncer cervicouterino y las verrugas genitales (137).

Las estrategias para aumentar el impacto de la prevención de las ITS consisten en la integración de los servicios relacionados con ITS en los sistemas de salud, la lucha contra el estigma de las ITS y la medición de la carga de las ITS. Entre las nuevas tecnologías para prevenir y tratar las ITS se encuentran pruebas diagnósticas rápidas, más medicamentos para la gonorrea, vacunas contra ITS y otras intervenciones biomédicas. En la estrategia mundial para las ITS se señalan numerosas acciones prioritarias para los adolescentes; por ejemplo, intervenciones de prevención combinadas (conductuales, biomédicas y estructurales) orientadas a los adolescentes, suministro de información completa y de condones masculinos y femeninos para la doble protección contra las ITS y el embarazo precoz, administración de la vacuna contra el VPH como pilar de los programas de salud en la adolescencia y aplicación de estrategias para detectar y controlar las infecciones asintomáticas, como las pruebas o los exámenes de detección regulares, con intervenciones para llegar a los compañeros sexuales (137).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 11: Circuncisión masculina médica voluntaria en los países con epidemias generalizadas de infección por el VIH

Ejemplos: Infección por el VIH y otras ITS

La circuncisión masculina médica voluntaria ofrece a los varones, tanto menores como adultos, protección parcial de por vida contra la transmisión heterosexual del VIH y es una intervención sumamente eficaz en función del costo para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS (por ejemplo, virus del herpes simple de tipo 2 y VPH) en entornos con una carga alta de VIH. El marco de la OMS y el ONUSIDA del 2016 para la circuncisión masculina médica voluntaria procura acelerar la acción para alcanzar y mantener una cobertura de 90% de los hombres de 10 a 29 años, promoviendo este procedimiento como parte de un conjunto esencial de servicios de salud, en particular en África oriental y meridional (200). Los servicios deben adaptarse a los grupos de distintas edades (10 a 14, 15 a 19 y 20 a 29 años). En el marco se sugieren varias actividades, entre ellas:

- aprovechar la demanda de circuncisión masculina médica voluntaria en los adolescentes;
- ajustar las políticas y los servicios para mejorar el acceso de los adolescentes a la circuncisión masculina médica voluntaria y a otros servicios de salud a fin de atender sus necesidades;
- dirigirse a los adolescentes en mayor peligro según su ubicación y comportamiento;
- integrar o vincular la prestación de servicios a otras intervenciones o sectores pertinentes (por ejemplo, juventud y educación) para abordar necesidades más amplias de la salud de los adolescentes varones;

- emplear métodos de prestación de servicios y creación de demanda que mantengan el interés de los adolescentes en someterse a la circuncisión masculina médica voluntaria;
- innovar en las políticas y los servicios, en particular su prestación, incluso para los adolescentes varones que no van en la escuela o a otras instituciones formales; y
- rendir cuentas de los resultados y la calidad.

Dado que la circuncisión masculina médica voluntaria solo ofrece protección parcial, la orientación sobre la reducción de riesgos y la actividad sexual de menor riesgo es una parte fundamental de todo programa. La prestación del servicio y la vinculación pueden tener lugar en un establecimiento o en la comunidad, en forma de intervenciones en la escuela que incluyen el liderazgo escolar, la educación y la información para los niños, las niñas, los padres y la comunidad. Las asociaciones con sectores pertinentes (por ejemplo, juventud y deportes) son valiosas para abordar las necesidades particulares de los adolescentes varones. Es esencial velar por la calidad y la seguridad, lo cual se puede facilitar mediante la colaboración con los programas nacionales, como los servicios de salud sexual y reproductiva o los servicios quirúrgicos esenciales para adolescentes.



Las recomendaciones de la OMS para las pruebas de detección del VIH en los adolescentes en diferentes tipos de epidemias pueden resumirse del siguiente modo:

1. Ahora se recomienda ofrecer orientación y pruebas de detección del VIH, vinculadas a la prevención, el tratamiento y la atención, a adolescentes de grupos clave de la población en todos los entornos (epidemias de infección por el VIH generalizadas, bajas y concentradas).
2. En las epidemias generalizadas, se recomienda ofrecer orientación y pruebas de detección del VIH, vinculadas a la prevención, el tratamiento y la atención, a todos los adolescentes.
3. En las epidemias bajas y concentradas, se recomienda ofrecer acceso a orientación y pruebas de detección del VIH, vinculadas a la prevención, el tratamiento y la atención, a todos los adolescentes. En las epidemias concentradas, los médicos deben ofrecer orientación y pruebas de detección a los adolescentes que acuden a establecimientos clínicos con síntomas o trastornos médicos que podrían indicar la presencia de infección por el VIH, incluidos los casos presuntos y confirmados de tuberculosis.
4. Los adolescentes infectados por el VIH deben recibir orientación acerca de los posibles beneficios y riesgos de informar a otros que tienen el VIH y hay que empoderarlos y apoyarlos para determinar si revelarán su estado, cuándo, cómo y a quién.
5. Los enfoques comunitarios pueden mejorar el cumplimiento del tratamiento y la retención de los adolescentes infectados por el VIH en el sistema de atención.
6. La capacitación de los trabajadores de atención de salud puede contribuir al cumplimiento del tratamiento y a una mejor retención de los adolescentes infectados por el VIH en el sistema de atención (124).

“Como usted tal vez sepa, hay muchos adolescentes de 15 años que son sexualmente activos y ya tienen síntomas de infección por el VIH e ITS, pero no pueden hacerse las pruebas porque son demasiado jóvenes. Tampoco pueden pedir el consentimiento de los padres porque sería un problema tremendo para ellos.”

Adolescente mayor indonesio

Actualmente se debe iniciar el tratamiento antirretroviral y continuarlo de por vida para todos los adolescentes infectados por el VIH, independientemente de la etapa clínica de la OMS y del número de linfocitos CD4 (201). El tratamiento antirretroviral debe iniciarse de forma prioritaria en todos los adolescentes con manifestaciones clínicas graves o avanzadas de la infección por el VIH (etapas clínicas 3 o 4 de la OMS) y en los adolescentes con 350 linfocitos CD4 o menos por milímetro cúbico (201). Además, todas las adolescentes embarazadas y que amamantan infectadas por el VIH deben iniciar el tratamiento antirretroviral, que debe continuar por lo menos durante el período de riesgo de transmisión de la madre al niño (124).

En vista de que la tuberculosis es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad de las personas infectadas por el VIH, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis deben estar incluidos en estas actividades (202). Para potenciar al máximo la cobertura y la calidad de la atención de la infección por el VIH en los adolescentes, hay que establecer vínculos y trayectos de remisión de casos para asegurar un proceso continuo e integral de atención, incluso para la transición de los servicios pediátricos a los servicios para adultos.

Los proveedores de servicios, los adolescentes y los interesados directos clave también deben participar en la selección de actividades aceptables y factibles para promover la atención y el tratamiento de la infección por el VIH en los adolescentes; por ejemplo, la prestación de servicios comunitarios, la capacitación del personal de salud e intervenciones para apoyar a los adolescentes que quieran revelar su estado y para mejorar los conocimientos básicos de los adolescentes sobre el tratamiento y la salud mental (por ejemplo, estudio de caso 5) (124, 394). Para los adolescentes que no asisten a la escuela, en el lugar de trabajo también se podría ofrecer acceso a la prevención de la infección por el VIH, el tratamiento, la atención y servicios de apoyo mediante programas de educación y capacitación, políticas de salud y seguridad, apoyo para el cumplimiento del tratamiento, desarrollo de aptitudes, ayuda a los ingresos y servicios de salud ocupacional (365). También es crucial atender las necesidades y vulnerabilidades de los adolescentes de grupos clave de la población, entre ellos los que usan drogas o se prostituyen, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero, y abordar las limitaciones jurídicas y normativas, la cobertura de los servicios, las barreras al acceso, el enfoque de los servicios y otras consideraciones al respecto (203, 204, 205, 206). En la sección A3.4.2 del anexo 3 se describen de forma detallada estas intervenciones, entre otras, de detección del VIH, orientación y atención para adolescentes.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Estudio de caso 5

Grupos de apoyo de pares en Mozambique para promover el cumplimiento del tratamiento en los adolescentes infectados por el VIH

El Ministerio de Salud de Mozambique y las ONG asociadas proporcionan atención clínica en todos los distritos de las provincias de Maputo y Cabo Delgado. Para mejorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral por los adolescentes y mejorar la retención de este grupo en los servicios de atención y tratamiento, los interesados ofrecieron un curso especial de apoyo psicosocial pediátrico y para adolescentes a consejeros legos, psicólogos y funcionarios médicos de psiquiatría, con un énfasis explícito en el refuerzo de cumplimiento del tratamiento y la revelación de la infección por el VIH. Al mismo tiempo, el personal recibió capacitación y mejoró sus aptitudes para crear y facilitar

Fuente: (124)

grupos de apoyo para adolescentes. Los grupos de apoyo, de alrededor de 20 adolescentes cada uno, han estado funcionando plenamente en siete de ocho distritos. Recibieron diversos materiales, entre ellos guías de uso, un rotafolio sobre el cumplimiento del tratamiento y un manual. Los grupos de apoyo parecen tener una influencia positiva no solo en el cumplimiento del tratamiento por los adolescentes sino también en la autoestima y en la forma de hacer frente al VIH en términos más generales.

Los estudios de casos A3.13 a A3.15 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones relacionadas con el VIH y el sida en otros países: la disminución de la edad mínima para dar el consentimiento para pruebas de detección del VIH en Sudáfrica, el fortalecimiento de la vinculación de la orientación y las pruebas de

detección del VIH y servicios de apoyo para adolescentes infectados por el VIH en Namibia y el centro de acogida para jóvenes que se prostituyen o se inyectan drogas en la República Unida de Tanzania.



©Edith Kachingwe

3.5. Intervenciones para enfermedades transmisibles

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 13: Prevención, detección y tratamiento de enfermedades transmisibles, incluida la tuberculosis

Ejemplo: Tuberculosis

Para la prevención de la tuberculosis, los modelos elaborados recientemente indican que la vacunación de los adolescentes contra la tuberculosis reducirá la morbilidad y la mortalidad no solo en los adolescentes, sino también en los lactantes y niños pequeños. Esto indica que la vacunación de los adolescentes sería una estrategia más eficaz para proteger a los niños pequeños contra la tuberculosis que la vacunación directa de los lactantes con una vacuna similar (145). Por lo tanto, el foco de la obtención de vacunas contra la tuberculosis ha pasado a un conjunto diverso de proyectos en curso de nuevas vacunas candidatas contra la tuberculosis para adolescentes.

Un método amplio para reducir la carga de tuberculosis y otras enfermedades transmisibles (por ejemplo, la neumonía) en los adolescentes consiste en la prevención de los factores de riesgo ambientales, como la exposición al humo de tabaco o la contaminación del aire en el interior de las viviendas, que se describe más abajo (173). Además, en la hoja de ruta de la OMS del 2013 para la tuberculosis de la niñez se describen diez pasos para reducir la tuberculosis en niños y adolescentes, entre ellos la formulación de orientación específica para políticas, la capacitación y la preparación de materiales de consulta para trabajadores de atención de salud y la importancia de no perder oportunidades cruciales para la intervención, como en la transición de los adolescentes de los servicios pediátricos a los servicios antituberculosos para adultos (146). En Kazajstán, por ejemplo, el gobierno desarrolló una extensa infraestructura de servicios pediátricos para la tuberculosis que se centran en la búsqueda activa de casos en niños y en exámenes de detección de contactos de personas con tuberculosis. De esta forma se logró reducir las tasas notificadas de casos de tuberculosis en los adolescentes de 161/100.000 en el 2002 a 98/100.000 en el 2011 (146).

Las directrices de la OMS del 2014 para los programas nacionales sobre el manejo de la tuberculosis en los niños contienen recomendaciones clínicas detalladas relacionadas con el tratamiento antituberculoso en los adolescentes (208). La tuberculosis, sola o combinada con la infección por el VIH, es muy similar en los adolescentes y los adultos en lo que se refiere al cuadro clínico, las dosis de medicamentos y el manejo de la enfermedad, de manera que, actualmente, el tratamiento de la tuberculosis en los adolescentes sigue las mismas pautas que para los adultos.

Sin embargo, los adolescentes con tuberculosis a menudo se enfrentan con otros retos psicosociales relacionados con la autonomía, el cumplimiento del tratamiento o el estigma, estén o no también infectados por el VIH, de manera que deben recibir atención especial en las directrices y los servicios para la tuberculosis (146). Por ejemplo, podría resultar difícil para los adolescentes mantener la confidencialidad y evitar el estigma si faltan a la escuela para recibir tratamiento antituberculoso. En algunos países con una prevalencia relativamente alta de tuberculosis en los escolares, los gobiernos tienen publicaciones para abordar estos temas con los educadores (por ejemplo, Sudáfrica (207)). En otro ejemplo, se puede recurrir a la orientación individualizada y familiar y a “tormentas de ideas” en el marco de las estrategias de cumplimiento del tratamiento a fin de empoderar a los adolescentes y motivarlos para que cumplan el tratamiento (208). En muchos países hay iniciativas que forman parte de la respuesta del gobierno para el VIH y la salud sexual, que consisten en proporcionar servicios focalizados y adaptados a los adolescentes que también pueden usarse para incorporar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis relacionada con el VIH en los adolescentes.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 14: vacunación sistemática contra el virus del papiloma humano, la hepatitis b, la difteria, el tétanos, la rubéola y el sarampión

Ejemplos: diversas enfermedades infecciosas (por ejemplo, enfermedades diarreicas e infecciones de transmisión sexual)

Se deben usar planes de vacunación adaptados a las circunstancias de cada país, teniendo en cuenta la situación epidemiológica, los programas, los recursos y las políticas. Sin embargo, la OMS recomienda la administración sistemática de varias vacunas a adolescentes y adultos en todos los programas de vacunación, entre ellas las siguientes:

- antitetánica (refuerzo);
- contra el VPH (niñas de 9 a 13 años) y contra la rubéola (adolescentes y mujeres en edad fecunda sin vacunar); y
- contra la hepatitis B (grupos de alto riesgo sin vacunar) (312).

Además, para los niños, los adolescentes o los adultos de alto riesgo, la OMS recomienda la vacunación contra la fiebre tifoidea, el cólera, la enfermedad meningocócica, la hepatitis A, la rabia y el dengue, así como otras vacunas en determinadas regiones (contra la encefalitis transmitida por garrapatas) o en programas con ciertas características (contra la gripe estacional para las menores y mujeres embarazadas; contra la varicela en países donde la edad promedio de transmisión es de 15 años o más).

La OMS recomienda que los programas nacionales de vacunación usen las visitas escolares para evaluar el estado de vacunación de los adolescentes, administrar dosis faltantes (por ejemplo, de vacuna antimeningocócica) y administrar dosis de refuerzo en los casos en que haya una pérdida progresiva de la inmunidad conferida por las dosis administradas durante la lactancia (por ejemplo,

de vacuna antitetánica) (122, 145, 397). En las áreas donde no se llega a un gran número de adolescentes (por ejemplo, adolescentes mayores, mujeres o de zonas rurales) en las campañas de vacunación en la escuela, podrían necesitarse campañas especiales o servicios de atención primaria para administrar esas vacunas en gran escala (122).

La introducción de vacunas nuevas (por ejemplo, contra el VPH) puede crear oportunidades para llegar a poblaciones subatendidas o grupos de distintas edades con otras vacunas e intervenciones de salud que de otro modo no recibirían. En sus "Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización: de la decisión a la implementación y el monitoreo", del 2014, la OMS presenta consideraciones prácticas para las decisiones sobre la introducción de una vacuna, la planificación y gestión de la introducción y el seguimiento y la evaluación de su progreso (210). Además, la herramienta de la OMS para la determinación del costo de la prevención y el control del cáncer cervicouterino es una herramienta computarizada fácil de usar para calcular los recursos incrementales que se necesitan para agregar una vacuna contra el VPH a un programa de vacunación (211). Además de recomendar la vacunación contra el VPH para las mujeres en los primeros años de la adolescencia, algunos países ahora la recomiendan para los varones en los primeros años de la adolescencia a fin de prevenir el cáncer de la boca, la garganta, el pene y el ano (212, 213).

Malaria: En el documento sobre prevención y control de la malaria que forma parte de la serie de información de la OMS sobre salud escolar se explican formas de llevar a cabo intervenciones individuales y grupales de prevención de la malaria, entre ellas:

- abogar por mayor apoyo local, distrital y nacional a las intervenciones de prevención de la malaria en las escuelas;
- desarrollar entornos propicios mediante el control de vectores, el rociamiento de viviendas y el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada;
- modificar y ampliar los servicios de salud actuales para crear programas más eficaces de promoción de la salud escolar;
- indicar las aptitudes que los jóvenes necesitan a fin de adquirir y mantener comportamientos para reducir el riesgo de infección; y
- movilizar la acción comunitaria a fin de ejecutar y fortalecer programas escolares.

(214).

Varios estudios han mostrado que los niños en edad escolar usan mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada con menor frecuencia que otros grupos de la población (144). Las escuelas de zonas donde la malaria es endémica brindan una oportunidad para enseñar a los adolescentes técnicas sencillas pero eficaces de prevención de la malaria, entre ellas las siguientes:

- dormir siempre con mosquiteros tratados con insecticida;
- controlar los factores ambientales que propician la reproducción de mosquitos;
- recibir tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo;
- reconocer los síntomas de malaria y buscar tratamiento temprano (141), especialmente si se trata de un miembro de un grupo en riesgo;
- pedir medicamentos antimaláricos eficaces y completar el ciclo de tratamiento;
- aprender a una edad temprana la gravedad de la malaria y el peligro que la enfermedad representa para la salud y el bienestar individual; y
- usar repelentes de mosquitos, si los hay, y otros métodos de protección personal que estén disponibles y se recomienden localmente.

(214).

Se están usando medicamentos antimaláricos de distintas formas para controlar la malaria en niños en edad escolar, además de los exámenes de detección, el tratamiento de la enfermedad y el tratamiento preventivo intermitente (144). Algunos estudios de la quimioprevención en los niños en edad escolar han revelado una reducción de la anemia y un mejor rendimiento escolar.

Infecciones de las vías respiratorias inferiores: Una intervención importante para la prevención primaria de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y enfermedades no transmisibles (ENT) tales como el asma consiste en reducir la exposición a factores de riesgo ambientales, en particular el humo de tabaco y la contaminación del aire (215). Las "Guías de calidad del aire de la OMS" del 2005 ofrecen orientación mundial sobre los umbrales y los límites para los principales contaminantes atmosféricos que presentan riesgos para la salud (216). A nivel estructural, las políticas e inversiones nacionales para promover medios de transporte más limpios y de menor consumo de energía, la vivienda, la generación de energía y la industria, así como un mejor manejo de los residuos municipales, reducirían fuentes importantes de contaminación del aire exterior en zonas urbanas (217).

La OMS ha producido varias publicaciones sobre la reducción de la contaminación del aire en el interior de las viviendas, en particular en países de ingresos bajos y medianos, donde es muy común (95, 173). Muchos métodos de bajo costo o que no implican costo alguno pueden reducir la exposición de los adolescentes y la población general a la contaminación del aire en locales cerrados, satisfaciendo al mismo tiempo las necesidades de energía doméstica y reduciendo la cantidad de combustible necesario. Entre esos métodos cabe señalar los siguientes:

- pasar de la madera, el estiércol o el carbón a combustibles más eficaces y modernos y menos contaminantes;
- instalar las cocinas o estufas fuera de la vivienda o en un lugar bien ventilado;
- ventilar los ambientes destinados a cocinar con aleros y campanas de extracción de humos; y
- cambiar los comportamientos, como mantener a los niños alejados de fogones humeantes, secar la leña antes de usarla, tapar las ollas para acortar el tiempo de cocción y abrir puertas y ventanas para ventilar mejor.

(95, 173).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Enfermedades diarreicas: En muchos países de ingresos bajos y medianos, la aplicación de medidas estructurales y ambientales clave relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene es débil, lo cual contribuye a que las enfermedades diarreicas sean la cuarta causa principal de muerte de adolescentes jóvenes en todo el mundo y la quinta causa principal de AVAD perdidos. En tales entornos, una de las maneras más eficaces de reducir la carga de morbilidad de los adolescentes puede ser colaborar con el sector del agua, el saneamiento y la higiene en iniciativas intensivas para concientizar, promover y asegurar la mejora de estos sistemas.

Para eso es necesario hacer lo siguiente:

- ejecutar planes de seguridad del agua y directrices para la calidad del agua potable a nivel nacional;
- ejecutar planes de saneamiento seguro y directrices para el uso y la eliminación seguros de aguas residuales, aguas grises y excretas;
- formular políticas y programas para promover la adopción generalizada de prácticas apropiadas del lavado de las manos;
- tratar el agua de uso doméstico de manera eficaz y uniforme;
- almacenar el agua de uso doméstico de manera segura;
- aumentar el acceso al saneamiento básico a nivel doméstico (por

ejemplo, estudio de casos 6); y

- mejorar el saneamiento en los hogares (por ejemplo, descarga en una fosa o cámara séptica, letrina de pozo seco con losa o inodoro de compostaje).

(218, 219, 220, 221, 222).

Además, las intervenciones focalizadas, orientadas específicamente a los adolescentes, en el área del agua, el saneamiento y la higiene podrían ser cruciales, entre ellas:

- agua potable e instalaciones sanitarias en las escuelas;
- educación para la salud y sobre prácticas de higiene en las escuelas, incluida la inocuidad de los alimentos; y
- vacunación de los adolescentes contra enfermedades diarreicas específicas (por ejemplo, fiebre tifoidea y cólera) en ciertas condiciones, como en tugurios urbanos afectados o en situaciones de emergencia.

(223, 224, 225, 226, 227, 139).

Estas y otras intervenciones en el ámbito del agua, el saneamiento y la higiene para prevenir y responder a las enfermedades diarreicas en los adolescentes se detallan en la sección A3.5 del anexo 3.

Estudio de caso 6

Iniciativas comunitarias de Bangladesh para poner fin a la defecación al aire libre

A comienzos del milenio, el acceso a letrinas en las zonas rurales de Bangladesh era de menos de 15%. Muchos organismos internacionales y ONG habían estado trabajando durante treinta años para mejorar el saneamiento ambiental con la construcción de letrinas e inodoros subsidiados. Sin embargo, en casi 85.000 pueblos era difícil encontrar aunque fuese 100 con saneamiento completo y sin defecación al aire libre (es decir, defecación fuera de la vivienda, sin inodoro o letrina).

Se adoptó un método nuevo que consistió en empoderar a la gente de la localidad para que analizaran el grado y el riesgo de la contaminación ambiental causada por la defecación al aire libre y construyeran inodoros sin ningún subsidio externo. Este esfuerzo encabezado por la comunidad tuvo un gran impacto. La comunidad puso fin a la defecación al aire libre en más de 400 pueblos de Bangladesh y la metodología fue adoptada posteriormente en partes de la India y en otros lugares de Asia y África.

Fuente: (228).

Los estudios de casos A3.16 a A3.18 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones en el ámbito del agua, el saneamiento y la higiene en otros países: la mejora de la higiene alimentaria en Nepal, la mejora de la calidad del agua, el saneamiento y la higiene en escuelas vulnerables de Mauritania, y las instalaciones escolares de agua, saneamiento e higiene diseñadas por adolescentes del sexo femenino en Papua Nueva Guinea.

“Lo más importante para mí es el agua... Sin agua, no podemos vivir. El gobierno puede ayudarnos con eso, o el jefe de la aldea o del vecindario. Si lo hacen, tendremos agua limpia para beber y no tendremos que ir lejos a buscar agua, y así estaremos contentos.”

Adolescente joven nigeriano



3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 16: manejo de casos de meningitis

Ejemplo: meningitis

La meningitis endémica afecta principalmente a niños y adolescentes. La mayor incidencia se observa en los lactantes y las tasas en la adolescencia están aumentando nuevamente (229). La estrategia para combatir la meningitis en los entornos afectados consiste en preparativos para epidemias, prevención y respuesta. Los preparativos se centran en la vigilancia, que abarca desde la detección de casos hasta la investigación y la confirmación en laboratorio (229). La prevención consiste en vacunar a todas las personas de 1 a 29 años en el cinturón africano de la meningitis con la vacuna conjugada contra meningococos del serogrupo A.

La respuesta frente a las epidemias consiste en el manejo inmediato y apropiado de casos, con la vacunación masiva reactiva de las poblaciones que todavía no hayan sido vacunadas (140). Las directrices de la OMS del 2015 para el manejo de epidemias de meningitis en África, dirigidas a las autoridades sanitarias y los trabajadores de atención de salud, proporcionan orientación sobre la planificación y coordinación a nivel distrital, la vigilancia, el tratamiento, la atención, la vacunación y el seguimiento después de las epidemias (230).

3.6. Intervenciones para las enfermedades no transmisibles, la nutrición y la actividad física

A nivel mundial, cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) importantes (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) son la causa de 82% de las muertes por ENT en todas las edades (235). Tal como se muestra en la sección 2, algunas de las causas principales de muerte en los adolescentes y de AVAD perdidos en el 2015 son ejemplos de estas ENT, a saber, accidentes cerebrovasculares, leucemia y asma. La OMS señala cuatro factores principales de riesgo que contribuyen a estas cuatro ENT: dieta malsana, inactividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol. Entre los factores de riesgo metabólicos o biológicos que son una consecuencia de los factores antedichos se encuentran el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia (235). Estos factores de riesgo y otro factor importante —la contaminación del aire— se encuentran entre los principales factores de riesgo mundiales de muerte y de AVAD para los adolescentes, de acuerdo con el estudio de la carga mundial de enfermedad del 2013 (cuadros 2.6 y 2.7) (17, 150).

Además de las cuatro ENT principales descritas anteriormente, hay otras enfermedades y trastornos no transmisibles que constituyen una carga importante de morbilidad en la adolescencia; por ejemplo, las anomalías congénitas y la anemia ferropénica. Es importante señalar que muchos factores de riesgo de la adolescencia no llevan a ENT hasta la edad adulta. Por ejemplo, es posible que el consumo de tabaco durante la adolescencia no tenga consecuencias obvias en esa etapa pero podría contribuir fuertemente a la aparición de cáncer en la edad adulta. En efecto, muchos de los factores de riesgo de ENT y gran parte de la carga observada en los adultos comienzan como comportamientos de riesgo en la adolescencia, lo cual pone de relieve la importancia de intervenir con los adolescentes para proteger su salud tanto a corto plazo como a largo plazo. Esta sección por lo tanto es diferente de algunas secciones anteriores, ya que no se concentra solo en las causas principales de ENT en la adolescencia sino también en los factores de riesgo de la adolescencia que pueden llevar a ENT en etapas posteriores de la vida.

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 17. Promoción del comportamiento saludable (por ejemplo, nutrición, actividad física y no consumir tabaco, alcohol o drogas)

Ejemplos: alimentación poco saludable, inactividad física, consumo de tabaco y accidente cerebrovascular

En los cuadros 3.5, 3.6 y 3.7 se resumen las intervenciones para promover la alimentación saludable y la actividad física y reducir la exposición de los adolescentes al tabaco. Estas intervenciones ayudan a prevenir los accidentes cerebrovasculares y muchas otras ENT.

Cuadro 3.5. Intervenciones para promover la alimentación saludable en la adolescencia

NIVELES ECOLÓGICOS	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural y ambiental	Perfiles nutricionales	Elaborar y usar perfiles nutricionales para identificar los alimentos y las bebidas malsanos.
	Sistema de etiquetado nutricional	Establecer un sistema de etiquetado nutricional estandarizado a nivel mundial, controlar el uso de reclamos engañosos sobre la salud y la nutrición y establecer el etiquetado obligatorio en el frente del envase.
	Reducir la asequibilidad de los alimentos y bebidas malsanos	Aplicar impuestos y aumentar el precio de los alimentos con alta densidad de energía pero poco nutritivos y de las bebidas azucaradas.
	Reducir el impacto de la comercialización de alimentos y bebidas malsanos	Reducir el impacto de la comercialización de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, sal y grasa. Fomentar la cooperación entre los Estados Miembros con respecto a la comercialización transfronteriza. Poner en práctica el "Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños".
Institucional y comunitario	Campañas de alfabetización nutricional	Elaborar información y directrices nutricionales apropiadas para el contexto y difundirlas de una manera sencilla, comprensible y accesible para todos.
	Ambientes alimentarios sanos en las escuelas y otras instituciones públicas	Requerir que en los entornos frecuentados por adolescentes (por ejemplo, escuelas, entornos de atención pediátrica, instalaciones y eventos deportivos para niños y lugares donde trabajan jóvenes) haya ambientes alimentarios saludables (por ejemplo, estudio de caso 7).
	Mayor acceso a alimentos saludables	Aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de alimentos saludables en instituciones y entornos públicos, en particular en las comunidades desfavorecidas.
	Campañas de concientización sobre la obesidad en la adolescencia	Las campañas deben estar dirigidas a los responsables de elaborar políticas, el personal médico, los adultos, los adolescentes y los niños en general y promover el aumento de la capacidad relacionado con la obesidad en la adolescencia y sus factores de riesgo.
Interpersonal e individual	Orientación sobre la alimentación saludable	Por ejemplo, la orientación alimentaria clínica para los adolescentes mayores (de 18 y 19 años de edad) consiste en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • restringir la ingesta de sal a menos de 5 g (una cucharadita) por día, reducirla al cocinar y limitar el consumo de alimentos procesados y comidas rápidas; • restringir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% del consumo total de energía. Una reducción adicional a menos del 5% o aproximadamente 25 g (seis cucharaditas) por día proporcionaría beneficios adicionales para la salud; • ingerir cinco raciones (400-500 g) de frutas y verduras por día; una ración equivale a una naranja, manzana, mango o plátano o tres cucharadas de hortalizas cocinadas; y • limitar el consumo de carnes con grasa, grasas lácteas y aceite para cocinar (menos de dos cucharadas por día); reemplazar el aceite de palma y de coco con aceite de oliva, de soya, de maíz, de colza o de alazor; reemplazar otras carnes con pollo (sin piel).
	Intervenciones de control de la obesidad para adolescentes obesos	Establecer y mantener servicios de control del peso orientados a la forma de vida, basados en la familia y con varios componentes, para adolescentes con sobrepeso (con apoyo nutricional y psicosocial y actividad física). Estos servicios deben ser proporcionados por equipos integrados por diversos profesionales como parte de la cobertura universal de salud.

Fuentes: (36, 231, 232, 233, 234, 235, 236).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Estudio de caso 7

Promoción de la alimentación saludable por medio de las escuelas en la República de Corea

La República de Corea ha adoptado un enfoque sistemático e integral de la mejora de la alimentación de los niños y los adolescentes en todo el país. A partir del 2002, el gobierno elaboró una serie de estrategias para abordar la salud de los estudiantes, entre ellas el Programa Nacional de Prevención de la Obesidad y la Política Quinquenal para Niños y Adolescentes (2008-2012). En el 2006 se enmendó la Ley de Comidas Escolares para incorporar la educación nutricional en los programas de estudios. Desde el 2007 se han prohibido las bebidas azucaradas en las escuelas y a partir del 2008 se exige el etiquetado nutri-

cional para las comidas escolares. En el 2009 se adoptó la Ley especial sobre inocuidad de la alimentación de los niños, mediante la cual se establecieron “zonas alimentarias verdes” en un radio de 200 metros de las escuelas, donde se prohíbe la venta de alimentos con alto contenido de calorías y poco valor nutritivo. Estas zonas funcionan actualmente en más de 10.000 escuelas de todo el país. Del 2005 al 2009 se notificó una disminución general del consumo semanal de comidas rápidas, fideos instantáneos, productos de confitería y bebidas con gas por los estudiantes.

Fuente: (237).

Cuadro 3.6. Intervenciones para promover la actividad física en la adolescencia

NIVELES ECOLÓGICOS	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural y ambiental	Políticas urbanas de planificación	Los gobiernos deben asociarse con las comunidades, el sector privado y las ONG a fin de establecer espacios seguros para la actividad física e instalaciones para deportes, recreación y ocio. Se deben adoptar políticas activas de transporte para que todos puedan caminar, andar en bicicleta y usar otros medios de transporte no motorizados sin peligro.
	Escuela e instalaciones públicas	Debe haber instalaciones adecuadas en las escuelas, en los lugares donde trabajan jóvenes y en espacios públicos para la actividad física durante los recesos para todos los adolescentes (incluidos los que tienen discapacidades) y espacios que tengan en cuenta cuestiones de género donde corresponda.
Institucional y comunitario	Programas de concientización del público sobre la actividad física	Proporcionar orientación a niños y adolescentes, sus padres, cuidadores, maestros y profesionales de la salud sobre el tamaño corporal saludable, la actividad física, el sueño y el uso apropiado de dispositivos con pantalla con fines de entretenimiento.
	Programas de educación física en las escuelas	Un buen programa de educación física desarrolla las aptitudes y condiciona, ofrece actividades para necesidades específicas y para todos los niños, promueve los deportes y la actividad física continua en etapas posteriores de la vida y ofrece recreación y relajación.
	Actividades deportivas regulares y estructuradas	Las actividades deportivas regulares y estructuradas para adolescentes fortalecen los vínculos entre la actividad física, el deporte y la salud y reducen el comportamiento sedentario.
Interpersonal e individual	Orientación sobre la actividad física para adolescentes más jóvenes	En la orientación clínica para los adolescentes de 10 a 17 años se señala lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • se recomienda hacer al menos 60 minutos al día de actividad física de intensidad moderada o vigorosa; • más de 60 minutos al día de actividad física proporcionan beneficios adicionales para la salud; y • la mayor parte de la actividad física diaria debe ser aeróbica. Deben incorporarse actividades de intensidad vigorosa, como las que fortalecen los músculos y los huesos, al menos tres veces por semana.
	Orientación sobre la actividad física para adolescentes mayores	En la orientación clínica para los adolescentes de 18 y 19 años se señala lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • se recomienda hacer al menos 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada a lo largo de la semana, al menos 75 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa a lo largo de la semana (o una combinación equivalente de actividad de intensidad moderada y vigorosa); • la actividad aeróbica debe realizarse en períodos de al menos 10 minutos duración; • a fin de que los beneficios para la salud sean mayores, se recomienda aumentar la actividad física aeróbica de intensidad moderada a 300 minutos por semana, dedicar 150 minutos por semana a una actividad física aeróbica de intensidad vigorosa o una combinación equivalente de actividad de intensidad moderada y vigorosa; y • realizar actividades para fortalecer los músculos, en particular los principales grupos musculares, dos veces o más por semana.

Fuentes: (36, 233, 234, 235, 238).

“Creo que habría que alargar el recreo cinco o diez minutos. A veces el maestro termina la clase tarde y nos quedan solamente cinco minutos de recreo. Eso nos alcanza apenas para ir al baño. De hecho, nos daría más tiempo para comer algo y jugar a la pelota en el patio. Entonces no habría prisa.”

Testimonio de una adolescente joven de Hong Kong (región administrativa especial de China)

Cuadro 3.7. Intervenciones para reducir el consumo de tabaco por los adolescentes y su exposición al tabaco

NIVELES ECOLÓGICOS	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural y ambiental	Reducir la asequibilidad del tabaco	Reducir la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos especiales al consumo de tabaco.
	Prohibir la publicidad del tabaco	Hacer cumplir la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, incluida la publicidad transfronteriza, por internet y en las redes sociales. Promover activamente los ambientes sin humo de tabaco en los medios de entretenimiento, el cine y el teatro.
	Entornos sin humo de tabaco	Adoptar estatutos que aseguren que las escuelas, las zonas recreativas, los lugares de trabajo cerrados, los lugares públicos y el transporte público estén completamente libres de humo de tabaco.
Institucional y comunitario	Campañas para concientizar sobre los peligros del tabaco	Realizar campañas regulares y eficaces por los medios de comunicación para concientizar sobre los peligros del tabaco.
	Prevención del tabaco en los programas escolares	Integrar la prevención del tabaco en las políticas escolares, la educación para la salud y los servicios de salud basados en aptitudes. Véanse en el documento sobre la prevención del consumo de tabaco como importante punto de entrada para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud (239) las metas para los conocimientos, la actitud y el desarrollo de habilidades adecuadas para la edad. En ningún caso se deberán llevar a cabo estos programas en colaboración con la industria tabacalera o con su financiamiento.
Interpersonal e individual	Orientación para abandonar el tabaco	Los médicos clínicos deben exhortar a todos los que no fuman a que no comiencen a fumar, recomendar enfáticamente a todos los fumadores que dejen de fumar y apoyarlos en sus intentos, y aconsejar a las personas que usen otras formas de tabaco que dejen el hábito. Véase orientación más específica en la caja de herramientas para intervenciones breves relacionadas con el tabaco en la atención primaria (240).

Fuentes: (36, 234, 235, 239).

La nutrición, la actividad física y las intervenciones para el consumo de tabaco se describen más detalladamente en la sección A3.6.1 del anexo 3. Los estudios de casos A3.19 a A3.21 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones para ENT en otros países: el programa familiar para mejorar la salud y combatir las ENT en Samoa, la promoción de la actividad física de las niñas en Pakistán y el programa de aptitudes para la vida en Costa Rica para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia.

Las intervenciones para prevenir y responder al consumo nocivo de alcohol se describen más detalladamente en la sección 3.7 y también en las secciones A3.2, A3.3, A3.6 y A3.7 del anexo 3. Aunque el accidente cerebrovascular es una causa importante de muerte de adolescentes en algunos países, las intervenciones para someter específicamente a los adolescentes a exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento de accidentes cerebrovasculares son muy limitadas. Los enfoques actuales también se describen brevemente en la sección A3.6.1 del anexo 3.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 18. Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades no transmisibles

Ejemplos: leucemia, asma y enfermedades cutáneas

La OMS ha preparado un módulo de capacitación para proveedores de atención de salud a fin de mejorar su capacidad para diagnosticar, prevenir y controlar la leucemia, el asma y otras enfermedades de la niñez que tienen vínculos causales con el medio ambiente (WHO, 2016o). Hay 30 módulos sobre factores de riesgo específicos y cargas para la salud. Entre ellos se encuentran módulos sobre los antecedentes ambientales de problemas pediátricos, enfermedades de los adultos originadas en el desarrollo y el medio ambiente, la contaminación del aire en locales cerrados, la contaminación del aire exterior, los riesgos ocupacionales, la exposición a sustancias químicas, el cambio climático mundial, la radiación, los plaguicidas, los contaminantes orgánicos persistentes, el humo ajeno, los desechos electrónicos, las enfermedades respiratorias y el cáncer.

“Algunos pescadores echan sustancias nocivas en el agua para matar peces, pero en algunas aldeas la gente usa esa agua. La bebe, y las sustancias nocivas en el agua les afectará el cuerpo.”

Adolescente joven nigeriano

Leucemia: La OMS también proporciona orientación detallada sobre la leucemia y otros tipos de cáncer en su serie sobre el control del cáncer, que consiste en seis publicaciones sobre la planificación; la prevención; la detección, el diagnóstico y el tratamiento tempranos, los cuidados paliativos y las políticas y promoción de la causa (241, 242, 243, 244, 245, 246). En cada uno de estos documentos se presentan ejemplos de intervenciones prioritarias y se las clasifica según los recursos disponibles: básicas (con recursos existentes), ampliadas (con un aumento previsto o una reasignación de recursos) y aconsejables (cuando haya más recursos). Tomando el ejemplo de un país de bajos recursos en el cual menos de 20% de los niños con leucemia linfocítica aguda tienen acceso a tratamiento completo y más de 80% mueren en cinco años, estas guías recomiendan lo siguiente:

- incluir medicamentos paliativos, medicamentos para quimioterapia y antibióticos para tratar la leucemia linfática aguda pediátrica en la lista nacional de medicamentos esenciales (intervenciones básicas);
- mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos para la leucemia linfática aguda en los niños y movilizar apoyo social adicional para los pacientes y su familia (intervenciones ampliadas); y
- elaborar estrategias especiales para aumentar el cumplimiento del tratamiento para la leucemia linfática aguda en los niños (intervenciones aconsejables)

(244).

Asma: En muchos pacientes de países de ingresos altos, el asma no está bien controlada, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos el manejo del asma consiste normalmente en el tratamiento de episodios agudos en vez de la atención de la enfermedad y la prevención de episodios agudos (150). Las intervenciones para mejorar la atención clínica de los adolescentes con asma priorizan un mayor acceso a medicamentos y otras intervenciones eficaces en función de los costos, así como la mejora de las normas y la accesibilidad de la atención en diferentes niveles del sistema de atención de salud (215). Además de la mejora del manejo clínico, se ha observado que los programas educativos para el autocuidado del asma en los adolescentes reducen el ausentismo escolar y el número de días de actividad restringida.

Enfermedades cutáneas: Las oficinas regionales de la OMS han abordado el acné dentro de sus materiales sobre educación y servicios de salud orientados a los adolescentes (247, 248, 249). Por ejemplo, una serie de publicaciones sobre la educación para la salud de los adolescentes de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental resumen los pasos básicos del cuidado personal que se pueden tomar para tratar y manejar el acné, incluyendo la limpieza, los tratamientos seguros y la evitación de tratamientos inseguros o alimentos que podrían exacerbar el acné (247).

En las poblaciones generales, se ha visto que la educación de los pacientes es eficaz para mejorar la calidad de vida y disminuir la severidad de las enfermedades cutáneas, incluso en el tratamiento a largo plazo de las enfermedades cutáneas crónicas (251). Se puede encontrar una guía detallada para los médicos sobre cómo diagnosticar, tratar y manejar el acné, diferentes tipos de eczema y otras afecciones cutáneas – incluyendo las características clínicas clave y el tratamiento para las formas severas, moderadas y leves de estas condiciones – en el manual IMAI para médicos a nivel distrital publicado por la OMS en 2011 (167).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 19. Prevención, detección y manejo de la anemia, especialmente para las adolescentes, y administración de suplementos de hierro en los casos en que corresponda

Ejemplo: Anemia ferropénica

La anemia en la adolescencia puede deberse a muchas causas, entre ellas factores nutricionales, enfermedades específicas (por ejemplo, anemia de células falciformes) y exposición ambiental evitable (por ejemplo, la recuperación de desechos electrónicos en países de ingresos bajos y medianos) (98). El tema que nos ocupa aquí es las carencias nutricionales. Un aspecto clave de la prevención y el control de la anemia ferropénica es la promoción de la alimentación con suficiente hierro biodisponible. La malnutrición relacionada con carencias de ácido fólico, vitamina A o vitamina B12 suele contribuir en las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos (308). Otro factor nutricional común es una alimentación monótona pero rica en sustancias (fitatos) que inhiben la absorción de hierro (por ejemplo, nueces, semillas comestibles, frijoles, legumbres y cereales), en cuyo caso el organismo no puede utilizar el hierro alimentario.

En la sección A3.6.2 del anexo 3 se describen las intervenciones para prevenir y tratar la desnutrición en la adolescencia en general, incluida la anemia ferropénica. Las medidas específicas para prevenir y tratar la anemia ferropénica a menudo empiezan por la identificación de las causas de las enfermedades y los procesos subyacentes y la intervención para corregirlos. Según el contexto y las circunstancias, los programas de prevención y control de la anemia ferropénica también pueden incluir lo siguiente:

- control de la malaria en zonas endémicas (por ejemplo, quimioprofilaxis o tratamiento preventivo intermitente, mosquiteros tratados con insecticida y eliminación de vectores);
- intervenciones tempranas de prevención orientadas a las adolescentes, especialmente en áreas con altas tasas de natalidad entre las adolescentes y matrimonios precoces;
- intervenciones en el ámbito del agua, el saneamiento y la higiene, a fin de reducir las pérdidas nutricionales causadas por infecciones y también para reducir la inflamación; y
- una evaluación epidemiológica inicial de los índices de hemoglobina y de hierro en las áreas donde las hemoglobinopatías y otros trastornos hereditarios de los glóbulos rojos podrían ser prevalentes, a fin de determinar la contribución relativa de la carencia de hierro y de otros nutrientes a la carga general de anemia.

(252).

La OMS recomienda la administración diaria de suplementos de hierro como intervención de salud pública para las mujeres adultas y adolescentes menstruantes que viven en lugares donde la anemia ferropénica es muy prevalente (prevalencia de anemia de 40% o más) (236). Si la prevalencia de anemia es de 20-40%, se pueden considerar regímenes intermitentes de suplementación de hierro (253). Esta es una estrategia preventiva que se aplica a nivel de la población, pero si se le diagnostica anemia a una mujer o adolescente menstruante, también deben seguirse las directrices nacionales para el tratamiento de la anemia.

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 20. Tratamiento y rehabilitación de niños con anomalías congénitas y discapacidades

Ejemplos: Anomalías congénitas y discapacidades

Hay muchas clases de anomalías congénitas. En general, pueden clasificarse en anomalías del ojo, el oído, la cara y cuello; el sistema nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario u osteomuscular; los órganos genitales o el tegumento; así como en anomalías cromosómicas y otros trastornos (147). En el caso de la anemia de células falciformes, por ejemplo, la mayoría de las políticas y los planes nacionales son inadecuados para abordar la enfermedad en África, donde es más prevalente. Además, los establecimientos apropiados y el personal capacitado son escasos y no hay suficientes medios de diagnóstico y tratamiento adecuado (339).

En el 2010, la Oficina Regional de la OMS para África publicó una estrategia para un conjunto de intervenciones de salud pública a fin de reducir la carga de anemia de células falciformes (254). En la estrategia se da prioridad a las siguientes actividades de apoyo para los adolescentes:

- paquetes financieros para el manejo de casos;
- diagnóstico y tratamiento tempranos de complicaciones;
- regímenes especiales de transfusión;
- intervención quirúrgica según sea necesario;
- inmunización;
- administración de antibióticos profilácticos, ácido fólico y antimaláricos;
- programas especiales de atención prenatal y apoyo psicosocial y profesional; e
- intervenciones educativas adaptativas.

(254).

Los adolescentes con deficiencias o discapacidades físicas o sensoriales a largo plazo, como lesión de la médula espinal, parálisis cerebral, ceguera y sordera, se enfrentan con algunas de las mayores barreras normativas, sociales y jurídicas para la salud y el bienestar de cualquier adolescente (11, 255). En el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021 se describe la acción para eliminar las barreras, mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, aparatos de ayuda tecnológica, asistencia y apoyo, así como los servicios de rehabilitación en la comunidad, para todas las personas con discapacidades, incluidos los adolescentes (255).

Los adolescentes con discapacidades tienen mayores probabilidades que otros de experimentar abuso, incluido el abuso sexual, de modo que los médicos clínicos deben conocer los signos y síntomas y tener en cuenta esa posibilidad al examinar a los pacientes (256, 400). También tienen mayores probabilidades que otros adolescentes de ser excluidos de los programas de educación sexual, de manera que podrían necesitar apoyo para tener acceso equitativo (256). En un entorno clínico, la orientación antes de la menarca y la asistencia con la transición puberal pueden ser útiles, así como la educación sexual para adolescentes y su familia o sus cuidadores (257).

3. Intervenciones basadas en la evidencia

3.7.

Intervenciones para la salud mental, el uso de sustancias y las lesiones autoinfligidas

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 21. Cuidado de los niños con retrasos del desarrollo

Ejemplos: trastornos del desarrollo, incluidos los trastornos del espectro autista

“Trastorno del desarrollo” es un término general que abarca trastornos tales como la discapacidad intelectual y los trastornos del espectro autista. Estos trastornos generalmente aparecen en la niñez, están acompañados de deficiencia o retraso en las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y siguen un curso constante en vez de la remisión y las recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales (37). Hay factores tanto genéticos como ambientales que pueden contribuir a los trastornos del desarrollo; por ejemplo, la exposición de una madre o su hijo a plomo, mercurio u otros perturbadores endocrinos que están presentes en productos de uso doméstico, vertederos u otras fuentes (96, 98, 99).

El papel positivo de los padres, otros familiares o tutores que están criando a un adolescente con trastornos del desarrollo es crucial para obtener el mejor resultado posible del desarrollo (258). Sin embargo, este papel puede ser difícil y los cuidadores dicen con frecuencia que se sienten inadecuados. En la sección A3.7.1.3 del anexo 3 se señalan los elementos que un proveedor de atención de salud debe abordar en la psicoeducación con los cuidadores de un adolescente con un trastorno del desarrollo.

“La felicidad y la salud están muy relacionadas. Si uno es feliz, probablemente también esté bien psicológicamente. Y si uno está bien psicológicamente, el cuerpo funciona bien. Uno proyecta en los demás lo que siente, y eso ayuda a los demás a sentirse bien debido a la felicidad que uno siente.”

Adolescente joven colombiano

La internación de los adolescentes con trastorno del espectro autista u otras discapacidades psicosociales, es decir, obligarlos a vivir involuntariamente en un entorno de grupo lejos de su comunidad, su familia y su hogar, les causa daños y les niega sus derechos humanos básicos (259). Esta práctica es muy común en los países de ingresos bajos y medianos, donde los padres no tienen los recursos para atender a sus hijos y pueden caer en la desesperación o posiblemente se les aconseje que internen a los hijos que tengan discapacidades psicosociales. Es importante señalar que, con servicios comunitarios y apoyo, estos adolescentes y su familia pueden obtener mejores resultados y se ha comprobado que este enfoque es más eficaz en función del costo que la internación.

Para los adolescentes con trastornos del espectro autista, las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia, como la terapia conductual, pueden reducir las dificultades para la comunicación y el comportamiento social (107).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 22. Cuidado receptivo y estimulación

Ejemplo: factores de riesgo de la crianza (por ejemplo, poca supervisión, descuido, rechazo, dureza)

Las intervenciones para mejorar la crianza de los adolescentes varían en la medida en que procuran mejorar los resultados para los padres mismos (y, por lo tanto, indirectamente para los adolescentes) y trabajar con los padres principalmente como vehículo para mejorar los resultados para los adolescentes (por ejemplo, estudio de caso 8). Muchas intervenciones centradas en las aptitudes para la crianza de los hijos procuran lograr lo siguiente:

- promover la formación de vínculos emocionales positivos y estables entre los padres y los adolescentes (por ejemplo, para mejorar la autoestima y la competencia social del adolescente);
- ayudar a los padres a establecer reglas, comunicar expectativas y aprender a monitorear el comportamiento de los adolescentes de una manera uniforme y eficaz (por ejemplo, para reducir el comportamiento sexual arriesgado, el uso de sustancias y la delincuencia en la adolescencia);
- ayudar a los padres a respetar la individualidad de los adolescentes y no ser demasiado entrometidos, manipuladores y controladores (por ejemplo, para reducir el comportamiento antisocial del adolescente); e
- impulsar a los padres a que adopten actitudes y comportamientos favorables para la salud (por ejemplo, no fumar) que al mismo tiempo reflejen normas sociales propicias predominantes (33).

Estudio de caso 8

Proyecto de Bután para mejorar las aptitudes y la capacidad de los padres de adolescentes

En 1999, el Gobierno de Bután introdujo un proyecto educativo para mejorar las aptitudes y la capacidad de los padres de adolescentes—reconociendo que los padres son los guardianes primordiales y una fuente clave de información y apoyo para los adolescentes. Los objetivos del proyecto eran aumentar la conciencia de los padres con respecto a los problemas que enfrentan los adolescentes en la actualidad, enseñarles acerca de las necesidades especiales de los adolescentes, mejorar su capacidad para comunicarse cómodamente con sus hijos en general y específicamente sobre temas delicados y fortalecer su capacidad para abordar los problemas que confrontan los hijos adolescentes en casa.

El proyecto para padres de Bután funciona por medio de profesores de escuela secundaria que ayudan a coordinar reuniones con los padres y proporcionan otros tipos de apoyo logístico y programático. En total, 320 profesores locales recibieron capacitación especializada y posteriormente realizaron sesiones con unos 40.000 padres de adolescentes en sus escuelas. La intervención para los padres se centró en la comprensión de los cambios físicos y psicosociales de la adolescencia y en las aptitudes para la crianza

de los hijos, el consumo de drogas y los factores que afectan a la salud sexual y reproductiva del adolescente. Después de la intervención se esperaba que los padres asumieran un papel más activo en la vida de sus hijos adolescentes y que pudieran comunicarse con sus hijos para tratar temas importantes, como el uso de sustancias y la salud reproductiva. Además, se instó a los padres a que establecieran grupos de apoyo de padres para brindar asesoramiento y asistencia recíprocos. Estos grupos comenzaron a funcionar de manera independiente después de la fase inicial, pero el Ministerio de Educación siguió proporcionándoles información y apoyo; por ejemplo, para organizar conversaciones más amplias para padres y adolescentes.

En una evaluación cualitativa del proyecto se observó que los padres participantes tenían mejores actitudes con los hijos, habían mejorado sus aptitudes para la crianza de los hijos y se comunicaban más con sus hijos, incluso sobre temas delicados, como la salud reproductiva.

Fuente: (260).

Las intervenciones para padres de adolescentes casi siempre abarcan las comunidades locales y son un componente de un conjunto más grande de intervenciones en varios frentes para apoyar la salud en la adolescencia. Las actividades y la estructura de estas intervenciones pueden tener distintas formas, como talleres o clases, eventos (por ejemplo, espectáculos musicales, teatro callejero y entretenimiento educativo), grupos de apoyo facilitados o dirigidos por pares, visitas a domicilio, clubes de padres y adolescentes y campañas mediáticas.

La OMS también formula orientación para los proveedores de atención de salud sobre la forma de dar a los adolescentes y a sus padres asesoramiento psicosocial para promover el bienestar del adolescente (37).

“Tengo buena comunicación con mi padrastro. Hay un espacio para reír, para bromear y para estar contentos. [...] Un padre no es alguien que hace al niño, un padre es una persona que lo ayuda. Mi padrastro me ayuda mucho, gracias a Dios. Para que a un padrastro lo llamen “papá”, es porque se lo ganó.”

Adolescente joven colombiano

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 23. Apoyo psicosocial y servicios conexos para la salud mental y el bienestar del adolescente

Ejemplos: Trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad

Pueden ofrecerse intervenciones psicológicas, como terapia conductual cognitiva, psicoterapia interpersonal y capacitación de los cuidadores, para el tratamiento de trastornos emocionales como depresión y ansiedad (261). El tratamiento psicológico presencial o el tratamiento psicológico de autoayuda guiado tiene probabilidades de tener mejores resultados que la autoayuda no guiada, pero esta última podría ser apropiada para los adolescentes que no tienen acceso a tratamiento psicológico presencial o a tratamiento psicológico de autoayuda guiado o no están dispuestos a recibir tales tratamientos. La familia del adolescente debe participar en la intervención cuando sea apropiado.

Otra estrategia que ha resultado eficaz para prevenir y tratar los trastornos de ansiedad consiste en el fortalecimiento de la resiliencia emocional y las aptitudes cognoscitivas de los adolescentes para evitar o controlar estos trastornos. Un ejemplo de un programa eficaz para niños de 7 a 16 años es el programa FRIENDS, de Australia, que se ha utilizado ampliamente en escuelas, centros de salud y hospitales (262). FRIENDS es un programa cognitivo-conductual de diez sesiones que enseña a los niños a hacer frente a la ansiedad más eficazmente y refuerza la resiliencia emocional, la capacidad para resolver problemas y la confianza en sí mismo. Otras intervenciones prometedoras son la terapia conductual cognitiva como intervención temprana para prevenir el trastorno de estrés postraumático y talleres cognoscitivos cortos para los que han experimentado un primer ataque de pánico (262).

Los trastornos de ansiedad también pueden ser un factor de riesgo de depresión. Las intervenciones universales para prevenir la depresión en la adolescencia consisten en programas escolares centrados en aptitudes cognoscitivas, sociales y para la solución de problemas, así como intervenciones comunitarias para reducir el maltrato de menores, el descuido y la intimidación (262).

Las intervenciones selectivas con adolescentes con un riesgo relativamente grande de depresión están orientadas a la forma de hacer frente a sucesos importantes de la vida (por ejemplo, la muerte del padre o la madre o el divorcio) o a bloquear la transferencia intergeneracional de la depresión y otros problemas conexos (por ejemplo, adolescentes con padres deprimidos). Las intervenciones indicadas para los adolescentes con niveles elevados de síntomas depresivos pero sin trastorno depresivo consisten en el trabajo en grupo con adolescentes en riesgo para promover el pensamiento positivo, enfrentar las formas de pensar negativas y mejorar las aptitudes para resolver problemas, así como programas de prevención de la ansiedad (262).

En la sección A3.7.1.4 del anexo 3 se indica el contenido de la psicoeducación para la depresión y otros trastornos emocionales de los adolescentes que debe proporcionarse en un entorno de salud no especializado (258). Para los adolescentes menores de 12 años con depresión leve a grave, sus padres deben recibir psicoeducación, hay que abordar los estresantes psicosociales y ofrecer seguimiento regular. También se recomienda la terapia conductual cognitiva, la psicoterapia interpersonal y la capacitación de los cuidadores. Sin embargo, no se deben recetar antidepresivos para el adolescente (37). Si el adolescente es mayor de 12 años, se deben efectuar las mismas intervenciones y, si la hay, psicoterapia interpersonal, terapia conductual cognitiva o activación conductual. Se deben recetar medicamentos para los adolescentes solo cuando estén indicados clínicamente y, en general, como parte de un plan de manejo más amplio (37). La intervención debe ofrecerse solo bajo la supervisión de un especialista capacitado para recetar antidepresivos, incluido el monitoreo de los efectos colaterales.

Los trastornos depresivos pueden presentarse junto con otros problemas de salud mental, como ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. En ese caso podrían ser apropiadas otras intervenciones preventivas como parte de un programa integral. Ya se han descrito las intervenciones para trastornos de ansiedad; en la sección A3.6.2 del anexo 3 se explican las intervenciones para trastornos de la conducta alimentaria.

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 24. Capacitación de los padres, según corresponda, para manejar trastornos del comportamiento de los adolescentes

Ejemplo: trastorno de la conducta

Algunas formas de conducta desafiante o problemas de disciplina son comunes y apropiados en la adolescencia. Para los adolescentes jóvenes (de 10 a 12 años), eso incluye no seguir instrucciones o tardar en seguirlas, quejarse o discutir con adultos u otros niños y perder los estribos ocasionalmente (37). Para los adolescentes mayores de 13 años, eso consiste en poner a prueba las reglas y los límites, decir que las reglas y los límites son injustos o innecesarios y ocasionalmente ser grosero, desdenoso, discutiendo o desafiante con los adultos. En la sección A3.7.1.5 del anexo 3 se explica la orientación para mejorar el comportamiento de los adolescentes que los trabajadores de atención de salud en entornos de salud no especializados pueden proporcionar a los padres.

Se puede dar esta orientación a todos los cuidadores que tengan dificultades con el comportamiento de un adolescente, aunque no se sospeche un trastorno de la conducta.

Además de la capacitación para los padres, se pueden ofrecer intervenciones conductuales para los adolescentes y capacitación para los cuidadores a fin de tratar los trastornos de la conducta en diversos contextos, como el consultorio, el hogar y la escuela (261). Tales intervenciones conductuales y cognoscitivas pueden ser eficaces para mejorar el rendimiento escolar (263). Es útil intervenir enseguida para reducir los resultados adversos de los trastornos de la conducta.

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 25. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

Ejemplos: Trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas

En la “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol”, publicada por la OMS en el 2010, se describen diez áreas para la acción normativa e intervenciones, todas ellas directa o indirectamente pertinentes para los adolescentes (102). Algunas áreas particularmente pertinentes para los adolescentes son las siguientes:

- movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población;
- crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo;
- establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos e introducir mecanismos para colocar responsabilidad en vendedores y servidores;
- establecimiento de un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de la fiscalidad, porque los jóvenes son sensibles a los cambios en el precio de las bebidas;
- proteger a los jóvenes del contenido de las técnicas de marketing del alcohol, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, que presentan actualmente una baja prevalencia de consumo de alcohol por los adolescentes y se consideran como “mercados nuevos”; y
- reducir la densidad de los puntos de venta minoristas y el horario o los días en que puedan venderse bebidas alcohólicas, ya que, para los jóvenes, tales intervenciones están relacionadas con una disminución del consumo de alcohol, de las agresiones y de otros daños tales como el homicidio, las lesiones autoinfligidas y las lesiones causadas por accidentes de tránsito.

Si no hay iniciativas estructurales y ambientales, las intervenciones educativas tienen poca o ninguna influencia en el consumo de alcohol u otras drogas psicoactivas por los adolescentes, aunque pueden ser eficaces para aumentar el conocimiento de los adolescentes de los riesgos conexos (110, 262, 264). Otros programas educativos que pueden ser eficaces son las campañas en los medios de comunicación contra la conducción en estado de ebriedad (no vinculadas a la acción de las fuerzas del orden), la colocación de etiquetas y signos de advertencia, incluso en las botellas, el mercadeo social y la educación en línea por medio de redes sociales y sitios web (110). También hay un gran potencial de prevención en los programas basados en la evidencia y centrados en las aptitudes familiares y la movilización y concientización de la comunidad, así como en los programas de intervención para los adolescentes que no asisten a la escuela y que viven o trabajan en la calle (402).

Hay orientación detallada sobre la prevención del consumo de drogas psicoactivas en los adolescentes jóvenes tanto como adolescentes mayores en las normas internacionales sobre prevención del consumo de drogas (355).

“Nos guste o no, si los adolescentes más jóvenes pasan tiempo con adolescentes de mayor edad, imitarán lo que hagan los adolescentes mayores, como fumar o beber alcohol.”

Adolescente mayor indonesio

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 26. Detección y manejo del uso de sustancias peligrosas y nocivas

Ejemplos: Trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas

La guía de intervenciones del Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP) de la OMS, del 2016, proporciona orientación de urgencia y general sobre la evaluación y el manejo de diferentes modalidades de consumo de alcohol y drogas (37). En esta guía se describen técnicas de intervención psicosocial breve para uso en entornos de salud no especializados; los puntos que deben abordarse para los adolescentes se resumen en la sección A3.7.1.6 del anexo 3.

Otros recursos de la OMS proporcionan orientación más detallada sobre este enfoque (266, 401). En la guía de intervenciones del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS del 2016 también se describen intervenciones a largo plazo para el consumo de alcohol y drogas; por ejemplo, los grupos de autoayuda y

las estrategias de reducción de daños. Se detallan intervenciones de farmacoterapia; por ejemplo, para el manejo del síndrome de abstinencia, la continuación del tratamiento y la prevención de recaídas (37).

En el 2000, la OMS publicó un módulo de capacitación para las personas que trabajan con niños de la calle, centrado en el uso de sustancias y la salud sexual y reproductiva. En el módulo 3 se explican los tipos de sustancias que usan los niños de la calle (por ejemplo, alcohol, nicotina, opioides, alucinógenos, cannabis, hipnosedantes, estimulantes e inhalantes), las formas en que las usan, los efectos a corto y a largo plazo y las consecuencias de su uso (402).

Intervenciones a favor de la salud de los adolescentes parte de la Estrategia Mundial

No. 27. Prevención del suicidio y manejo de los riesgos de lesiones autoinfligidas y suicidio

Ejemplo: Suicidio

Las intervenciones para prevenir el suicidio en los adolescentes y la población general se resumen por nivel ecológico en el cuadro 3.8.

“Algunas niñas consumen drogas psicoactivas, otras se cortan, otras acaban por suicidarse, porque creen que nadie las quiere, nadie. Piensan: “Me rechazan en casa, me rechazan en la escuela”, y se les ocurre esta idea de que nadie las quiere.”

Testimonio de una adolescente mayor de asentamiento urbano de Colombia



Cuadro 3.8. Intervenciones para prevenir el suicidio en la adolescencia

NIVEL ECOLÓGICO	INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Estructural y ambiental	Adopción de políticas nacionales en materia de salud mental	En relación con el suicidio, estas políticas deben centrarse en el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza eficaz; la prestación de servicios integrales, integrados y receptivos en entornos comunitarios; la aplicación de estrategias de prevención y el fortalecimiento de los sistemas de información, obtención de datos probatorios e investigación.
	Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	Las opciones de política descritas en la "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol" del 2010 se refieren también a la prevención del suicidio, la conducción en estado de ebriedad y la comercialización y disponibilidad de alcohol (102).
	Vigilancia del suicidio y los intentos de suicidio	La vigilancia sostenible y a largo plazo de los casos de suicidio y de los casos que llegan a los hospitales debido a intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas proporciona información crucial para la prevención, la intervención y el tratamiento.
	Mejor acceso a la atención de salud	El tratamiento adecuado, inmediato y accesible para los trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias puede reducir el riesgo de comportamiento suicida. También es fundamental aplicar las normas y prácticas relativas a los conocimientos sobre la salud en todos los sistemas e instituciones de salud.
	Restricción del acceso a medios	La restricción incluye leyes para limitar el acceso a plaguicidas, armas de fuego y medicamentos que generalmente se usan para el suicidio, su almacenamiento y la eliminación más seguros y medidas de tipo ambiental para prevenir el suicidio por salto al vacío.
	Cobertura periodística responsable en los medios de comunicación	En las pautas para los medios de comunicación se debe recalcar la necesidad de evitar las descripciones detalladas de los actos suicidas, el sensacionalismo, la exaltación y la simplificación excesiva, y usar en cambio un lenguaje responsable, reducir al mínimo la prominencia de las notas periodísticas sobre los suicidios y educar al público acerca del suicidio y los tratamientos disponibles.
	Estrategias para la prestación de servicios por medios electrónicos	Las estrategias en línea para la prevención de suicidios incluyen programas de autoayuda y profesionales que participan en charlas o terapia con personas suicidas. Los mensajes de texto son una alternativa, en particular cuando no hay servicio de internet.
	Concientización acerca de la salud mental,	Las campañas de concientización procuran reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda y el acceso a la atención. Diferentes tipos de exposición (por ejemplo, televisión, prensa, internet, redes sociales y carteles) pueden reforzar los mensajes clave. A nivel local, la concientización puede estar orientada a grupos vulnerables.
Comunitario e interpersonal	Intervenciones para grupos vulnerables con un mayor riesgo de suicidio	Estas intervenciones deben adaptarse y focalizarse en los grupos que corren el mayor riesgo de suicidio en entornos particulares. Por ejemplo, las intervenciones dirigidas a los y las adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) deben centrarse en factores de riesgo tales como los trastornos mentales, el abuso de sustancias, el estigma, los prejuicios y la discriminación individual e institucional.
	Capacitación de guardianes	Para las personas que están en condiciones de determinar si alguien podría estar contemplando el suicidio (por ejemplo, médicos clínicos o docentes), la capacitación de guardianes amplía los conocimientos, las actitudes y las aptitudes para detectar los adolescentes en riesgo, determinar el nivel de riesgo y remitir a los adolescentes en riesgo a otros servicios para que reciban tratamiento.
	Líneas telefónicas de ayuda para situaciones de crisis	Las líneas telefónicas de ayuda para situaciones de crisis son centros de llamadas públicas a los cuales las personas pueden acudir cuando no haya o no quieran usar otros tipos de apoyo social o atención profesional. Las líneas telefónicas de ayuda pueden estar a disposición de la población general o estar focalizadas en ciertos grupos vulnerables; por ejemplo, con la asistencia de compañeros.
Individual	Evaluación y manejo de comportamientos suicidas	La guía de intervenciones del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS del 2016 recomienda una evaluación integral de todas las personas que se presentan con pensamientos, planes o actos de lesiones autoinfligidas (37). La guía recomienda preguntar a toda persona de más de 10 años que esté experimentando un trastorno prioritario de salud mental, neurológico o debido al consumo de sustancias, dolor crónico o sufrimiento emocional agudo acerca de sus pensamientos, planes o actos relativos a lesiones autoinfligidas y suicidio.
	Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias	Consiste en la capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud para reconocer la depresión y otros trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias y realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio. La capacitación debe tener lugar reiteradamente a lo largo de los años y abarcar a la mayoría del personal de salud de un país.
	Seguimiento y apoyo comunitario	El seguimiento repetido por personal de salud para los pacientes dados de alta después del intento de suicidio y el apoyo comunitario son intervenciones de bajo costo, eficaces y fáciles de ejecutar. El seguimiento puede consistir en tarjetas postales, llamadas telefónicas o visitas breves en persona.

Fuentes: (38).

Estas y otras intervenciones para prevenir el suicidio en la adolescencia se describen más detalladamente en la sección A3.7.2 del anexo 3. Los estudios de casos A3.22 a A3.24 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones para el suicidio en diversos países: la prohibición prevista de los plaguicidas en Sri Lanka, programas multisectoriales de Nueva Zelanda para reducir las tasas de suicidio en los jóvenes maoríes y las iniciativas gubernamentales y de ONG de Hong Kong (región administrativa especial de China) para prevenir el suicidio de jóvenes y adultos.

3.8. Intervenciones en entornos frágiles y de crisis humanitarias

La Estrategia Mundial define ampliamente dos intervenciones de salud basadas en la evidencia para la salud de la mujer, el niño y el adolescente que se centran en entornos frágiles y de crisis humanitarias:

1. Elaboración y uso de un enfoque de las evaluaciones de los riesgos humanitarios y para la salud a fin de señalar las necesidades prioritarias y focalizar las intervenciones.
2. En caso de emergencia humanitaria, asegurar el despliegue de intervenciones de salud esenciales. Adaptar, aplicar y coordinar el uso del conjunto mínimo de servicios iniciales (11).

Las estrategias para prevenir y responder a las lesiones autoinfligidas no suicidas en adolescentes pueden consistir en intervenciones similares a las descritas anteriormente para la prevención y el manejo del comportamiento suicida, pero deben adaptarse a las circunstancias particulares. El tratamiento individual para las lesiones autoinfligidas no suicidas debe basarse en un análisis funcional de las lesiones autoinfligidas, teniendo en cuenta los antecedentes; el tipo de lesiones autoinfligidas y las cogniciones, emociones y sensaciones conexas; y las consecuencias de las lesiones autoinfligidas (156).

En el cuadro 3.9 se resumen las intervenciones clave para la salud de los adolescentes en entornos frágiles y de crisis humanitarias. Estas intervenciones se describen más detalladamente en la sección A3.8 del anexo 3.

3. Intervenciones basadas en la evidencia

Cuadro 3.9. Intervenciones clave para la salud de los adolescentes en entornos frágiles y de crisis humanitarias

ÁREA DE INTERVENCIÓN	EXPLICACIÓN
Nutrición	Evaluar la situación y asegurar que haya raciones adecuadas para los adolescentes según la edad, el sexo, el peso, el nivel de actividad física y otros factores clave, teniendo en cuenta la energía y los micronutrientes que necesitan (39, 40). Véase también la sección A3.8.1 del anexo 3.
Discapacidad y traumatismos	Asegurar que haya servicios básicos de salud para adolescentes con discapacidades en una emergencia, así como medicamentos esenciales en las dosificaciones y las formulaciones apropiadas (41). Véase también la sección A3.8.2 del anexo 3.
Violencia	Someter a exámenes médicos de detección a los menores ex combatientes y asegurar el manejo clínico y el apoyo psicosocial comunitario para los sobrevivientes de actos de violencia sexual o de género (43, 44, 45, 181). Véase también la sección A3.8.3 del anexo 3.
Salud sexual y reproductiva	Establecer un conjunto mínimo inicial de servicios de salud sexual y reproductiva y organizar una respuesta más integral, con apoyo psicosocial, un sistema de protección que aborde la violencia sexual y el matrimonio prenúbil, y programas de planificación familiar y contra ITS para adolescentes (46, 47). Véase también la sección A3.8.4 del anexo 3.
Agua, saneamiento e higiene	Asegurar acceso a y uso y mantenimiento de inodoros; materiales e instalaciones para la higiene menstrual; agua y jabón o ceniza para el lavado de las manos; recolección y almacenamiento higiénicos de agua para consumo y uso; almacenamiento y preparación higiénicos de alimentos y manejo eficiente de residuos (21, 48). Véase también la sección A3.8.5 del anexo 3.
Salud mental	Promover actividades recreativas normales para los adolescentes, la reanudación de la educación formal o informal y la participación en actividades concretas, útiles y de interés común (por ejemplo, estudio de caso 9) (267). Emplear técnicas de "primeros auxilios psicológicos" para apoyar en general a los adolescentes y sus padres (268). Para el tratamiento de primera línea de trastornos mentales, neurológicos y debidos al uso de sustancias en la adolescencia, los proveedores de atención de salud no especializada deben seguir la guía para las intervenciones humanitarias del Programa Mundial de Acción en Salud Mental (49). Véase también la sección A3.8.6 del anexo 3.

Estudio de caso 9

Mentoría y orientación para jóvenes de Cisjordania y la Franja de Gaza durante una crisis prolongada

El área de Cisjordania y la Franja de Gaza ha experimentado una crisis prolongada por decenios, razón por la cual 1,9 millones de sus 4,5 millones de habitantes necesitaron ayuda humanitaria en el 2015 (269). La violencia, los cierres, las restricciones y las dificultades económicas forman parte de la vida cotidiana de los adolescentes palestinos (270). Para algunos adolescentes, esto ha dado lugar a problemas psicológicos agudos, como apatía, duda de uno mismo, retraimiento y desesperanza. Los jóvenes palestinos tienen escasas oportunidades para la recreación o la participación constructiva en el desarrollo de la comunidad que pueda ayudar a mejorar su salud mental (270).

En respuesta a esta situación, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Asociación de Jóvenes Palestinos para el Liderazgo y la Activación de Derechos llevaron a cabo un programa de mentoría y orientación para jóvenes. Se capacitó a estudiantes universitarios voluntarios para proporcionar apoyo psicosocial, mentoría y actividades recreativas para adolescentes en escuelas y centros comunitarios. Después del curso de ocho días, los voluntarios realizaron una serie de sesiones de apoyo psicosocial en las escuelas, trabajando más estrechamente

con los adolescentes de zonas afectadas por la violencia. Las sesiones en la escuela proporcionaron una salida pacífica y tranquilizadora a los participantes para expresar sus puntos de vista, opiniones, esperanzas y temores y buscar maneras de lidiar con su estrés.

Una vez terminadas las sesiones, los adolescentes tuvieron la oportunidad de expresarse de maneras constructivas y creativas. Por ejemplo, los adolescentes planificaron sus propios proyectos en pequeña escala para mejorar sus escuelas y vecindarios con el apoyo de los voluntarios. También se estableció un "servicio de consulta telefónica" operado por estudiantes universitarios para proporcionar apoyo psicosocial individualizado a los adolescentes, especialmente en períodos de restricción de la movilidad y toques de queda. Los adolescentes y estudiantes universitarios también produjeron un periódico, Youth Times, con una circulación de 100.000 ejemplares y un programa de televisión semanal para jóvenes. En una evaluación cualitativa de los primeros años del programa se observó que había tenido un impacto positivo tanto en los voluntarios como en los participantes.

Fuente: (270).

Los estudios de casos A3.25 a A3.27 del anexo 3 presentan ejemplos de intervenciones en entornos frágiles y de crisis humanitarias en diversos países, como los espacios seguros en Nigeria para niñas y mujeres desplazadas por el grupo militante Boko Haram, los "clubes de jóvenes" de Malawi para adolescentes desplazados por inundaciones y la distribución de estuches para higiene menstrual en cam-

pamentos de refugiados de Etiopía a fin de promover la asistencia de las niñas a la escuela.

Aunque los adolescentes pueden ser particularmente afectados en entornos humanitarios y frágiles, también pueden ser un recurso importante para los programas de salud en esos ámbitos, como se ejemplifica en el caso del estudio 9 (270).



4. Establecer las prioridades nacionales

Mensajes clave:

- Es necesario que los gobiernos nacionales determinen y aborden las prioridades de programación en materia de salud de los adolescentes, porque:
 - la naturaleza, la escala y la repercusión de estas necesidades son únicas en cada país;
 - todos los países afrontan limitaciones en los recursos, por lo que deben tomar decisiones difíciles para garantizar que los recursos relacionados con la salud en la adolescencia se usen de la manera más eficaz posible;
- Los países deben evaluar las necesidades particulares de salud de la población adolescente de su país antes de formular un programa de salud en la adolescencia o mejorar el programa vigente.

Esto incluye:

 - Una evaluación de las necesidades a fin de determinar qué trastornos de salud tienen mayor repercusión en la salud y el desarrollo de los adolescentes en la población adolescente en general, por edad, sexo y región del país, tanto como en los grupos de mayor vulnerabilidad;
 - Un análisis del panorama de los programas, las políticas, las leyes, la capacidad y los recursos que existen en el país con respecto a la salud en la adolescencia, así como una revisión de las orientaciones que existen actualmente a escala mundial y local con respecto a intervenciones basadas en la evidencia;
- El establecimiento de prioridades que tengan en cuenta a los adolescentes más vulnerables; la urgencia, la frecuencia, la escala y las consecuencias de las cargas particulares; la existencia de intervenciones eficaces, apropiadas y aceptables para reducir dichas cargas; y la disponibilidad de recursos y la capacidad de ejecutar o ampliar las intervenciones prioritarias de manera equitativa.
- Con el tiempo, los países deben reevaluar sus prioridades y programas sobre la salud en la adolescencia para asegurarse de que todavía satisfacen las cambiantes necesidades de los adolescentes. Es necesario tener en cuenta las nuevas tendencias de la salud y los servicios de salud, el desarrollo económico, el empleo, la migración, la urbanización, los conflictos, la degradación del medio ambiente y la innovación tecnológica.

Hasta hace unos pocos decenios, la mayoría de los programas y servicios de salud para la población adolescente formaban parte de los programas y servicios dirigidos a niños o adultos, como los de promoción de la salud, la reducción de los riesgos y los servicios clínicos para adolescentes (271, 272). Sin embargo, en los años ochenta, muchos países empezaron a elaborar y poner en práctica programas nacionales de salud específicos para los adolescentes, en parte debido a que cada vez más personas estaban conscientes de que la salud sexual y reproductiva representaba un problema importante en la adolescencia. Debido a la confidencialidad que debe mantenerse al abordar la sexualidad en la pubertad y la adolescencia, a menudo los problemas relacionados con la salud de los adolescentes se abordaban de manera poco adecuada en los servicios dirigidos a niños y adultos.

Aunque las iniciativas adoptadas varían enormemente de un país a otro y de una región a otra, con el transcurso de los años muchos países han logrado diseñar e implantar al menos un programa básico de educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas de manera generalizada y suministrar a los adolescentes productos y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva principalmente a través de los establecimientos de salud.

Elaborar programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes sigue siendo sumamente importante en todos los países, y seguirá siendo importante porque hay que satisfacer las necesidades de cada nueva cohorte de adolescentes. Sin embargo, en últimos decenios se ha hecho cada vez más evidente que también se han descuidado otros problemas de salud de los adolescentes, los cuales requieren programas específicos a nivel de país (273). Entre estos problemas se encuentran las causas de las enfermedades, las lesiones y las lesiones que se describen en el capítulo 2, así como los problemas sociales, educativos y económicos más amplios relacionados con la salud, el desarrollo y el bienestar de los adolescentes que se analizaron en el capítulo 1.

Estos problemas pueden:

- ser específicos de los adolescentes (por ejemplo, el desarrollo puberal);
- afectar a los adolescentes menos que a los niños pequeños pero más que a los adultos (por ejemplo, la desnutrición, las enfermedades diarreicas, las infecciones de las vías respiratorias bajas, la malaria);
- afectar a los adolescentes de manera desproporcionada (por ejemplo, las lesiones autoinflingidas);
- ser una carga grave para los adolescentes, así como para el resto de la población (por ejemplo, los accidentes de tránsito);
- tener repercusiones muy importantes en la salud de los adolescentes en el futuro (por ejemplo, el consumo de tabaco, la falta de actividad física, la mala alimentación) (273).

Cada vez más países han reconocido que las diversas y complejas necesidades de salud de los adolescentes requieren programas coordinados y multisectoriales a nivel de país (véase, por ejemplo, el estudio de caso 10). Algunos países han realizado un análisis del panorama para determinar cuáles son las inquietudes y los determinantes de la salud en la adolescencia que requieren una atención más urgente, y cuáles grupos de la población adolescente corren mayor riesgo dentro de sus países, a fin de priorizar la asignación de recursos para satisfacer mejor sus necesidades (274). Para ayudar a los países en este proceso, como parte de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños se ha dado a conocer la publicación *Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health Interventions* (asesoramiento técnico para priorizar las intervenciones de salud en la adolescencia) (69). En esta publicación se describen los tres pasos que deben darse para tomar decisiones estratégicas sobre el programa nacional de salud en la adolescencia:

Primer paso – evaluar las necesidades a fin de conocer la situación del país en cuanto a la salud en la adolescencia, considerando el estado actual así como las tendencias y las inequidades en la exposición a los factores de riesgo, las cargas y el acceso a los servicios de salud. En esta evaluación se determinan qué trastornos médicos tienen la mayor repercusión en la salud y el desarrollo de los adolescentes, tanto en los adolescentes en general como entre los que están en mayor riesgo. También deben considerarse las diferencias entre los sexos y entre los adolescentes más jóvenes y los de mayor edad.

Segundo paso – hacer un análisis del panorama basándose en un examen de los programas y las políticas de salud en la adolescencia así como de las leyes, la capacidad y los recursos que existen en el país. También deben examinarse las barreras a los servicios que enfrentan los adolescentes en general y las subpoblaciones vulnerables en particular. Además, este análisis del panorama debe basarse en una revisión de las orientaciones actuales que a nivel local y mundial rigen las intervenciones más basadas en la evidencia y más eficaces para abordar las afecciones médicas detectadas en la evaluación de necesidades.

Tercer paso – hacer un ejercicio de establecimiento de prioridades que considere: a) los trastornos médicos y las poblaciones adolescentes de alta prioridad, según lo que se haya determinado en el primer paso; y b) las intervenciones y los mecanismos de implementación más factibles y basados en la evidencia para abordar esos trastornos médicos y poblaciones adolescentes, como se determinó en el segundo paso. Este proceso debe tener en cuenta a los adolescentes más vulnerables; la urgencia, la frecuencia, la escala y las consecuencias de las cargas particulares; la existencia de intervenciones eficaces, apropiadas y aceptables para reducir las; y la disponibilidad de recursos y la capacidad para ejecutar o ampliar las intervenciones prioritarias de manera equitativa.

Deben implantarse mecanismos para que los adolescentes participen y puedan brindar una contribución significativa en cada uno de los pasos descritos anteriormente. El tiempo, la capacidad de los recursos humanos y el financiamiento a menudo dictarán el nivel y la profundidad que abarcan estos pasos.

Estudio de caso 10

La salud de los adolescentes en Zambia: análisis del panorama y plan estratégico

En el 2009, el Ministerio de Salud de Zambia y sus asociados realizaron un análisis sobre la situación de la salud en la adolescencia a fin de brindar apoyo a aquellas políticas, planes y respuestas que fueran apropiados en el país. Al evaluar las necesidades se estableció que los principales determinantes de salud, factores de riesgo y cargas de morbilidad en la adolescencia eran los problemas generales de salud (por ejemplo, la malaria, la tuberculosis y otras infecciones respiratorias salvo la neumonía, la diarrea, y la desnutrición); el VIH, la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual; las relaciones sexuales tempranas y sin protección; el abuso sexual; el matrimonio y el embarazo precoces; el consumo indebido de drogas y alcohol; las lesiones causados por el tránsito y la violencia; las prácticas culturales peligrosas; y los problemas de salud mental. En el análisis del panorama también se dieron detalles sobre las iniciativas que había emprendido el país para prestar servicios de salud a los adolescentes, como la formulación de una política nacional sobre los jóvenes; la creación de un ministerio de la juventud; la aprobación de leyes sobre el abuso sexual y el consumo de drogas y alcohol; el esta-

blecimiento, en varios distritos piloto, de servicios de salud que tengan en cuenta a los adolescentes; y el fortalecimiento del marco institucional de salud en la adolescencia dentro de la estructura orgánica del ministerio.

El informe sobre el análisis del panorama de salud de los adolescentes en el que se resumieron estos resultados sirvió de base para el plan estratégico de salud en la adolescencia del ministerio (2011-2015), en el cual se definieron las estrategias relacionadas con la prestación de servicios, el personal de salud, los productos médicos, la información de salud, el financiamiento de la atención de salud, así como el liderazgo y la gobernanza. Por ejemplo, en el plan se instó a mejorar la vinculación entre los ministerios de salud y educación – especialmente en lo que respecta la promoción de la salud en las escuelas – así como a ampliar el programa de los servicios de salud que tienen en cuenta a los adolescentes, en particular en lo relacionado con una mejora de la capacitación y la supervisión del personal de salud.

Fuentes: (275, 276).

4. Establecer las prioridades nacionales

4.1.

Evaluación de las necesidades

Hacer una evaluación de las necesidades de un país en cuanto a la salud en la adolescencia implica hacer una revisión sistemática del estado de salud y el bienestar de la población adolescente en el país (69). Cuando sea posible, esta evaluación debe incluir una revisión de los datos disponibles desglosados por sexo, edad, nivel de educación, nivel de escolaridad, nivel de alfabetización, estado civil, ubicación (por ejemplo, centros urbanos versus zonas rurales), cómo y con quién vive, situación socioeconómica y otras variables que puedan ser importantes dentro del contexto local, como la etnicidad. Es fundamental que los revisores procuren buscar y tener en cuenta todos los datos posibles manteniendo la mente abierta con respecto a lo que revelen los mejores datos científicos, incluso si esto va en contra de sus ideas preconcebidas o contra ideas ampliamente difundidas. Por ejemplo, limitando el proceso a ciertos aspectos de la salud (por ejemplo, la salud sexual y reproductiva, la nutrición y las lesiones no intencionales), puede excluir a otras condiciones que tienen una repercusión igual o mayor en la mortalidad y la morbilidad de los adolescentes (por ejemplo, el maltrato o los problemas de salud mental).

Sobre la base de las investigaciones más recientes, exactas y representativas, al hacer la evaluación de las necesidades deben determinarse las principales causas de mortalidad y morbilidad en la adolescencia, la prevalencia de enfermedades, así como los factores de riesgo y los factores de protección. También deben considerarse problemas pertinentes que posiblemente no se reflejan de manera adecuada en las medidas y las investigaciones existentes, como los niveles de mutilación genital femenina o las infecciones de transmisión sexual (aparte de la infección por el VIH). En concreto, en la evaluación de necesidades deben examinarse:

- los principales problemas y retos de salud que afectan a la población adolescente;
- Los comportamientos de la adolescencia más estrechamente vinculados a estos retos de salud;
- los comportamientos de la adolescencia que podrían causar problemas de salud en el futuro (por ejemplo, factores de riesgo como el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una mala alimentación);
- las prácticas perjudiciales que afectan a los adolescentes (por ejemplo, los niveles de matrimonio infantil y la mutilación genital femenina);
- el contexto sociocultural de las vidas de los adolescentes, como los factores de protección y los factores de riesgo a diversos niveles ecológicos (por ejemplo, el nivel de exposición ambiental) y en diferentes instituciones (por ejemplo, la escuela, los servicios de salud y el trabajo) que puede influir los problemas anteriores; y
- la influencia de las normas, las funciones y las relaciones características de cada sexo en la salud de los adolescentes varones y hembras. (69)

Un objetivo importante de la evaluación de necesidades es definir los subgrupos de adolescentes que pueden tener las mayores necesidades de servicios y programas. En el capítulo 2 de esta publicación se presenta un ejemplo de una evaluación de las necesidades de salud en la adolescencia a nivel mundial. Lo ideal es hacer algo similar a nivel de país y a nivel subnacional.

“Las autoridades deben proporcionar lugares seguros, como las bibliotecas públicas. No sé por qué siempre siento las autoridades cuidan más a los varones que a las hembras. También deben hacerse actividades que sean buenas para nosotras.”

Testimonio de una adolescente joven en Cisjordania y la Franja de Gaza

La evaluación de necesidades de un país en cuanto a la salud en la adolescencia puede incluir un análisis teórico de los estudios nacionales y subnacionales disponibles, los artículos arbitrados y otras evaluaciones hechas en el país; un análisis de los datos nacionales y subnacionales existentes, presentados de manera desglosada; y los debates de grupos de discusión o entrevistas con interesados directos clave. Entre los interesados directos clave se encuentran los adolescentes y los adultos jóvenes, sus padres y familiares, los miembros de la comunidad, los líderes religiosos, los representantes del gobierno (de diversos sectores, como la salud, la educación y la protección social), las instituciones nacionales de derechos humanos, las ONG y los representantes de sociedad civil, los organismos técnicos de las Naciones Unidas, así como las organizaciones bilaterales y las organizaciones donantes.

Lo ideal es que una evaluación de necesidades nacionales incluya una revisión de los datos sobre la mortalidad y la morbilidad desagregados por causa, región geográfica, sexo y grupo etario. Sin embargo, en muchos entornos, tales datos no están fácilmente disponibles, en particular en países donde los sistemas de registro civil y registro de datos demográficos no son sólidos. En tales casos, las evaluaciones de necesidades deben basarse en los datos cuantitativos y cualitativos disponibles en el país. Fuentes nacionales incluyen las encuestas de demografía y salud y las encuestas de salud basadas en las escuelas, como el estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados o la encuesta mundial de salud a escolares. Las fuentes internacionales incluyen las estimaciones mundiales en materia de salud (por ejemplo, (16)) o el estudio sobre la carga mundial de enfermedad (por ejemplo, (17, 143)). La evaluación de necesidades debe permitir entender en buena medida las preocupaciones y tendencias más importantes en el ámbito de la salud, aun cuando no sea posible comparar las tasas de los diferentes problemas médicos directamente (por ejemplo, comparar las tasas de mortalidad y morbilidad por accidentes de tránsito con la prevalencia de la infección por el VIH y las tasas de fecundidad en los adolescentes) para hacer una clasificación.

Aparte de las fuentes primarias como encuestas y programas verticales, los cálculos nacionales y regionales sobre las causas de la mortalidad y la morbilidad pueden ser muy útiles para cuantificar los riesgos para la salud. Parte de las estimaciones publicadas provienen del estudio sobre la carga mundial de la enfermedad (<http://www.healthdata.org/gbd>) y las estimaciones mundiales sobre la salud hechas por la OMS en 2015 (16). Sin embargo, la fiabilidad de estos cálculos tomados como modelo depende de los datos que se usen. En los países con débiles sistemas de registro civil y datos demográficos los cálculos dependen de otras fuentes de datos como las encuestas, los estudios particulares, y la extrapolación y triangulación de datos regionales.

4.2. Análisis del panorama

El análisis del panorama de un país en cuanto a la salud de los adolescentes debe tener varios objetivos (69):

- Presentar y describir brevemente las intervenciones, los programas, las leyes, las políticas y los proyectos que abordan la salud y el desarrollo de los adolescentes, así como los resultados de estas iniciativas. Por ejemplo, en este examen deben evaluarse las leyes, las normas y las políticas acerca de la edad de matrimonio, o el acceso a la atención de salud (incluidos específicamente los servicios de salud sexual y reproductiva) por parte de los menores de edad (casados y solteros). En el análisis también debe tratar de comprobarse en qué medida se siguen en la práctica estos documentos orientativos.
- Determinar quiénes son los interesados directos y las organizaciones que participan en la planificación, la administración, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de estas actividades a nivel nacional y subnacional. En el análisis deben precisarse qué sistemas se han establecido para brindar apoyo al desarrollo de la capacidad, realizar tareas de supervisión de manera constructiva, coordinar actividades y poner en práctica otras funciones de planificación y gestión. Además, es fundamental que como parte del análisis se examine la manera en que los adolescentes y los jóvenes participan y contribuyen en estas iniciativas y los sistemas o plataformas que pueden usar para tal fin.
- Precisar las fuentes de financiamiento que existen en el presente y que puedan surgir en el futuro, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, así como las asignaciones presupuestarias actuales, prestando especial consideración a la manera en que se satisfacen las necesidades.
- Basarse en un examen de las intervenciones sobre la salud en la adolescencia que se recomiendan actualmente a nivel mundial, y en particular las que tienen una sólida base en la evidencia, de manera que los países, basándose en datos sobre efectividad, puedan hacer una evaluación y determinar cuáles de los programas existentes deben mantenerse o fortalecerse y cuáles no (69).
- A nivel de país, en un análisis del panorama se evalúa qué están haciendo el gobierno, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil para mejorar la salud de la población adolescente y para responder a los determinantes sociales, económicos y de otro tipo que definen la salud en la adolescencia. Además, debe incluir un estudio sobre la cobertura que analice el alcance y la calidad de los programas y los servicios existentes.

Al igual que la evaluación de necesidades, el análisis del panorama puede incluir un estudio teórico, visitas en el terreno, así como entrevistas y debates de grupos focales con jóvenes y otras fuentes clave de información. Estas fuentes de información pueden explicar los retos y logros de los programas, las ideas sobre las necesidades y los servicios, así como la capacidad para ampliar el trabajo a favor de la salud de los adolescentes y el interés en hacerlo.

Para abordar tal análisis del panorama debe formularse una serie de preguntas importantes, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- ¿En qué medida el plan nacional de salud integra a los adolescentes en sus metas y programas?
- ¿Qué leyes o políticas específicas que pueden impedir a los adolescentes tener acceso a los servicios de salud?
- ¿Qué brechas hay en la ejecución de los programas y la prestación de los servicios (véase, por ejemplo, el estudio de caso 11);
- ¿Qué escala, alcance, cobertura y datos sobre la repercusión tienen los programas de salud en la adolescencia existentes en el país?
- ¿De qué manera las intervenciones en los sectores pertinentes están dirigidas a grupos particulares de adolescentes según su edad, sexo, ubicación, nivel de educación y otras variables sociodemográficas?
- ¿Cuál es el nivel de financiamiento de los programas existentes y cómo se asignan los fondos disponibles?
- ¿Las actividades actualmente financiadas guardan consonancia con las prácticas basadas en la evidencia?
- ¿En qué medida los jóvenes participan en el diseño, la puesta en práctica y el seguimiento de los programas especificados?
- ¿Qué barreras a la oferta y la demanda enfrentan los adolescentes en lo referente al acceso a servicios de buena calidad y protección financiera?

(69)



©Hanalie Albise

4. Establecer las prioridades nacionales

Estudio de caso 11

Escocia: marco de acción y análisis del panorama de las políticas que promueven una mejora de la salud de los jóvenes

En el 2004, el gobierno de Escocia empezó a elaborar un marco de acción para determinar las medidas clave que deben adoptarse para abordar los retos multisectoriales que enfrentan los niños y los jóvenes escoceses. Gracias a este proceso, en el 2006 se publicó un documento titulado “Delivering a Healthy Future: An Action Framework for Children and Young People’s Health” (Por un futuro saludable: marco de acción a favor de la salud de los niños y los jóvenes). En ese documento se precisaron diversos aspectos relacionados con la atención de salud que afectaban en particular a los jóvenes, agrupados por categorías: promoción de la salud y el bienestar (por ejemplo, el aumento del sobrepeso y la obesidad); establecimiento de un equilibrio entre acceso, calidad y sostenibilidad (por ejemplo, la desaparición de la atención pediátrica especializada a nivel distrital); desarrollo de la fuerza laboral (por ejemplo, la insuficiencia de especialistas en salud mental); servicios enfocados en el paciente (por ejemplo, cambiar de los

13-14 años a los 16 años o más el momento de transición de los servicios pediátricos a los servicios para adultos); gestión del desempeño y garantía de la calidad (por ejemplo, aumentar los servicios para abordar los problemas relacionados con la igualdad y la diversidad entre los jóvenes); y tecnología de la información (por ejemplo, el uso de la telemedicina para brindar apoyo a las necesidades de los entornos remotos y rurales). En el marco también se describieron las principales áreas en las cuales se necesitan medidas adicionales, como protección infantil, mejoramiento de la salud y justicia social e inclusión. Después de la publicación del marco, se realizó un ejercicio para resumir las políticas relacionadas con la salud de los jóvenes. Se identificaron varias brechas, como la necesidad de que haya una estrategia de ejecución después de la aprobación de una ley para la promoción de la salud en las escuelas, o la necesidad de que se reconsidere el código voluntario sobre publicidad del alcohol

Fuentes: (277, 278, 279).

4.3.

El establecimiento de prioridades

El tercer paso del proceso de examen y planificación sobre la salud de la población adolescente de un país consiste en establecer las prioridades para los trastornos médicos que se abordarán en la política, así como el conjunto de intervenciones que se ejecutarán para abordar esos trastornos médicos (véase, por ejemplo, el estudio de caso 12) (69). Es necesario hacer este proceso de reducir estratégicamente el centro de la atención de las intervenciones sobre la salud en la adolescencia porque las personas jóvenes de 10 a 19 años de edad representan una población sumamente grande y heterogénea que tiene un sinnúmero de necesidades. Todos los gobiernos enfrentan importantes limitaciones de recursos, por lo que será necesario tomar decisiones difíciles para poder abordar las prioridades máximas de una manera eficaz.

El proceso de asignación de prioridades requiere un abordaje sistemático y un conjunto de criterios transparentes y debe prever que los adolescentes participen y contribuyan de una manera significativa. Debe consultarse a todos los interesados directos pertinentes de una manera estructurada. Al determinar las vulnerabilidades y los problemas de salud prioritarios de los adolescentes, los países deben tener en cuenta los criterios que se mencionan a continuación, así como cualquier otro criterio que consideren importantes:

- **La magnitud del problema** – Los recursos deben dirigirse a las principales causas de muerte y enfermedades, lesiones o traumatismos, pero también deben ir más allá de esto y abordar comportamientos y exposiciones que implican un riesgo y podrían afectar la salud de los adolescentes en el presente y en el futuro, usando un enfoque relativo al curso de la vida.
- **Los grupos de adolescentes más afectados** – Todos los adolescentes tienen necesidades relacionadas con la salud y pueden pasar por dificultades, pero no todos son igual de vulnerables con respecto a los problemas sociales y de salud. Algunos adolescentes tienen vulnerabilidades superpuestas, por lo que corren particularmente el riesgo de tener los peores resultados en materia de salud (por ejemplo, cargas por enfermedades, lesiones o traumatismos preexistentes, bajo nivel educativo, residencia en comunidades con tasas elevadas de matrimonio infantil). Debe prestarse especial atención a los adolescentes más vulnerables o con mayores necesidades.
- **La disponibilidad de intervenciones eficaces** – Es importante que los escasos recursos se usen para ejecutar aquellas intervenciones que tengan las mayores probabilidades de ser eficaces para las subpoblaciones adolescentes que más las necesitan. La selección de las intervenciones debe ser guiada por las pruebas más sólidas disponibles acerca de la eficacia de las intervenciones.
- **La factibilidad de ejecutar las intervenciones** – Algunas intervenciones pueden ser difíciles de ejecutar debido a diversas limitaciones sociales, económicas y culturales, como la falta de reconocimiento de los derechos de los adolescentes. El establecimiento de prioridades debe basarse en un cuidadoso análisis pragmático acerca de la factibilidad de ejecutar las intervenciones, con fidelidad y a escala, en el contexto del panorama particular del país que realiza el análisis.
- **La posibilidad de ampliar las intervenciones** – Es necesario realizar una evaluación de la capacidad actual y la capacidad que se necesita para ejecutar las intervenciones. Un fuerte sentido de pertenencia por parte del gobierno y la comunidad, así como voluntad política, ayudarán a impulsar una ampliación de las intervenciones. Los ejercicios de determinación de costos pueden servir de base para conocer las necesidades generales de recursos y cómo pueden ejecutarse los planes de una manera gradual.

Estudio de caso 12

Mongolia: análisis del panorama de salud de la población adolescente y establecimiento de las prioridades programáticas

En el 2005, Mongolia señaló en el Plan maestro estratégico del sector de la salud (2006-2015) que el país enfrentaba varios problemas de salud que afectaban de manera particular a los adolescentes, a saber, las lesiones no intencionales, las carencias de micronutrientes, la salud sexual y reproductiva y el consumo de drogas, alcohol y tabaco. Al reconocer que los adolescentes eran un grupo vulnerable, se establecieron metas para aumentar su acceso a los servicios de salud – particularmente a servicios adaptados a los jóvenes tanto en las escuelas como en los establecimientos de salud. En el 2011, el Ministerio de Salud mongol decidió emprender una evaluación más exhaustiva acerca de las necesidades de salud de la población adolescente y los servicios conexos brindando apoyo a un equipo para que recopilara y analizara datos pertinentes acerca de las políticas, los planes y los informes sobre salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición y programas para el control del tabaco y el alcohol. Además, el equipo realizó visitas a establecimientos de salud y consultó a los directores y los proveedores de servicio de programas provinciales y nacionales de los sectores de la salud y la educación, así como a adolescentes y representantes de ONG internacionales y organismos de las Naciones Unidas.

En las recomendaciones de ese análisis del panorama se dio prioridad a dos temas relacionados con la salud en la adolescencia: la salud mental y la salud sexual y repro-

ductiva. Con respecto a la salud mental, entre las intervenciones recomendadas se encontraron las siguientes: determinar cuáles son los indicadores apropiados y desglosar los datos de manera más eficaz; fortalecer la capacidad del personal de salud en el nivel de atención primaria para diagnosticar, controlar y remitir a los adolescentes que tengan problemas de salud mental; y fortalecer la capacidad de profesores, padres y madres para promover las aptitudes psicosociales de los adolescentes y remitirlos a servicios especializados cuando sea necesario. Con respecto a la salud sexual y reproductiva, entre las intervenciones recomendadas se encuentran las siguientes: fortalecer la investigación epidemiológica sobre las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes; ampliar los servicios de salud adaptados a los jóvenes dentro del sistema de salud, actualmente de pequeña escala; y fortalecer la capacidad de los profesores para llevar a cabo programas eficaces de aptitudes para la vida y salud sexual y reproductiva. De una manera más amplia, en el análisis del panorama se recomendó fortalecer la coordinación y la colaboración intrasectorial e intersectorial (por ejemplo, al designar a un grupo de trabajo y un funcionario o unidad que se centre en la salud en la adolescencia) y usar los activos disponibles de manera más eficaz y eficiente (por ejemplo, aprovechando una oportunidad de capacitación de un área de salud para fortalecer la capacidad en otros).

Fuentes: (69, 280).

El establecimiento de prioridades a nivel nacional debe hacerse incluso cuando no es posible comparar directamente y clasificar las tasas de los diferentes trastornos de salud, e incluso cuando los datos sobre la eficacia del programa local son limitados. En muchos casos, este proceso de asignación de prioridades tendrá que depender en gran medida de la opinión de expertos, guiados por datos pertinentes a escala mundial.

El proceso de asignación de prioridades debe incluir la elaboración de un modelo lógico que vincule las intervenciones planificadas con los determinantes, los comportamientos y los resultados en materia de salud a los cuales están dirigidas las intervenciones, todo dentro del contexto particular del país (284). Debe traer como resultado una estrategia que incluya e identifique un

paquete de intervenciones prioritarias, un conjunto de mecanismos para ejecutar esas intervenciones, los medios disponibles para ejecutarlas y un plan de seguimiento y evaluación (69).

El sector de la salud por sí solo no puede ser responsable de todas las políticas y los programas que tienen que ejecutarse, pero puede desempeñar un papel central en la respuesta multisectorial que se ofrezca, al facilitar y movilizar las medidas esenciales de otros sectores, fortalecer el apoyo técnico y la coherencia y difundir la información epidemiológica y los datos científicos necesarios para pasar a la acción.

4. Establecer las prioridades nacionales

4.4.

Consideraciones adicionales

Es importante que con el transcurso del tiempo los países se replanteen este proceso de tres pasos (análisis de las necesidades, análisis del panorama y asignación de prioridades) para que satisfagan las cambiantes necesidades de salud de la población adolescente (véase, por ejemplo, el estudio de caso 13). Deben considerarse las nuevas tendencias en la salud y los servicios de salud, el desarrollo económico, el empleo, la migración, la urban-

ización, los conflictos, la degradación del medio ambiente y las innovaciones tecnológicas. Por ejemplo, en un análisis actualizado del panorama puede determinarse que hay nuevos recursos que no están aprovechándose al máximo, como el crecimiento en la infraestructura de telecomunicaciones en entornos rurales, que podrían utilizarse para la telemedicina o para ejecutar intervenciones relacionadas con la eSalud y la mSalud.

Estudio de caso 13

Bután: programa nacional integral de salud en la adolescencia

En Bután, la asignación de prioridades de los servicios de salud en la adolescencia ha evolucionado con el tiempo. En los años ochenta, se elaboró y aplicó por primera vez un programa básico general de salud escolar. En el 2000, al reconocer que la infección por el VIH, otras ITS y los embarazos no deseados representaban un riesgo para muchos adolescentes, el programa se amplió para incluir la educación en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, y en el 2002 se extendió aún más para ofrecerles educación en aptitudes para la vida. En los años subsiguientes, el Ministerio de Salud siguió centrándose en mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes al ponerlos en una posición prioritaria en el plan nacional estratégico para controlar la infección por el VIH/sida (2011-2015) y formular las normas nacionales para servicios adaptados a los jóvenes en el 2011.

Aunque la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ha seguido siendo motivo de gran preocupación para el gobierno, este también ha reconocido la importancia cada vez mayor que han adquirido otras necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes, así como la importancia de mejorar la coordinación nacional de las iniciativas multisectoriales que tienen como objetivo abordar esas necesidades. Tanto en la política nacional de la juventud del 2011 como en el plan estratégico nacional para la salud de los adolescentes, 2013-2018, se precisan diversos asuntos fundamentales para la salud y el bienestar de los adolescentes. Entre estos asuntos se encuentran los siguientes: el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas; las lesiones y las lesiones causados por el

tránsito y por otras causas no intencionales; la salud sexual y reproductiva (especialmente en los jóvenes que corren un mayor riesgo); los problemas derivados de una mala alimentación (como la desnutrición, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas); higiene y saneamiento (incluida la salud bucodental); la salud ambiental y ocupacional; todas las formas de violencia; los problemas de salud mental; y las necesidades de los jóvenes con discapacidades. En ambos documentos se da prioridad a las necesidades de los adolescentes desfavorecidos, que se definen como aquellos adolescentes que no están escolarizados, los que están subempleados o desempleados, los que tienen comportamientos peligrosos, los huérfanos, los que son monjes o monjas, los marginados, los que viven en zonas rurales o los de difícil acceso. Tanto la política como el plan estratégico recalcan la necesidad de abordar la salud y el desarrollo de los adolescentes desde un enfoque holístico. Por ejemplo, en el plan estratégico se establece “que la prestación tradicional de servicios de salud, que se centra en el tratamiento de las enfermedades agudas y las enfermedades crónicas, a menudo ha pasado por alto los problemas conductuales y sociales, los relacionados con la seguridad, las relaciones sociales, la autoestima, la educación y el desarrollo de aptitudes. El objetivo general del plan estratégico es facilitar una atención de salud holística y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes de Bután, que estarán cada vez más conscientes de sus inquietudes en cuanto a su desarrollo y salud y tendrán una mayor capacidad de acción y decisión al contar con las aptitudes para la vida que son necesarias y pertinentes”.

Fuentes: (282, 283, 284, 285, 286).

Además, a veces un país o región debe actuar de forma rápida y focalizada para determinar las prioridades relativas a la salud en la adolescencia, como cuando ocurre una crisis humanitaria.

En el recuadro 4.1 puede encontrarse un ejemplo de la manera en que podría hacerse un análisis del panorama de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente en contextos humanitarios y entornos frágiles.

Recuadro 4.1. Análisis del panorama de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en contextos humanitarios frágiles

En un contexto humanitario frágil, es importante realizar una evaluación de las necesidades y un análisis del panorama para comprender la situación de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de uno y otro sexo y para elaborar un plan que responda a sus necesidades prioritarias. En la publicación *Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios* pueden encontrarse las herramientas necesarias para realizar una evaluación rápida inicial, el análisis del panorama y encuestas integrales sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes en situaciones de emergencia.

Específicamente, en esta publicación se menciona lo siguiente:

- **Una evaluación rápida inicial**, realizada en las primeras 72 horas de una emergencia aguda, se utiliza para recabar información demográfica e identificar las cuestiones de vida o muerte que deben atenderse de manera urgente, a fin de asegurar el bienestar de la población beneficiaria.
- **Un análisis de la situación**, realizado una vez que la situación de emergencia se haya estabilizado, brindará información acerca del estado básico de las necesidades y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y ayudará a priorizar las intervenciones cuando se introduzcan los servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Los análisis del panorama pueden usar varios métodos para recabar la información, como la información secundaria, las entrevistas profundas, los debates en grupos focales (separados por sexo, si es necesario por cuestiones culturales), el mapeo de la comunidad y las evaluaciones de los centros de salud.

- **Las evaluaciones integrales de salud sexual y reproductiva** por lo general no se realizan en situaciones de emergencia, porque demandan mucho tiempo y pueden ocasionar trabas en los costosos recursos humanos y logísticos. Sin embargo, luego de estabilizada una emergencia aguda, la evaluación integral sobre conocimientos, creencias y conductas respecto de la de salud sexual y reproductiva pueda brindar información muy importante que ayudará a un programa a designar un programa de salud sexual y reproductiva que responda a las necesidades de género específicas de la población local.

Aunque las evaluaciones y los análisis anteriormente mencionados son muy valiosos en una crisis humanitaria, es importante recordar que el paquete de servicios iniciales mínimos debe ser la primera intervención de salud sexual y reproductiva que debe realizarse. Este paquete de servicios nunca debe demorarse.

Fuente: (287).

En el Anexo 4 se suministra información adicional para ser considerada cuando se determinen las prioridades nacionales del programa de salud en la adolescencia. Específicamente se menciona lo siguiente:

- **En la sección A4.1** se describen los recursos complementarios usados para brindar apoyo al establecimiento de prioridades a nivel de país, incluido un manual para que los responsables de la planificación y los investigadores del sector de la salud realicen una evaluación rápida de las necesidades de la población adolescente en materia de salud (288) y una guía regional sobre la manera de realizar un análisis del panorama de salud de la población adolescente (289).
- **En la sección A4.2** se utilizan datos específicos de varios países sobre la mortalidad de los adolescentes para mostrar que, basándose en los datos disponibles, los países —incluso países vecinos dentro de una misma región— pueden tener prioridades muy diferentes.
- **En la sección A4.3** se presenta un ejemplo de las fuentes utilizadas y los datos recopilados en una evaluación de las necesidades de salud de los adolescentes hecha recientemente en Etiopía.



5. Programación nacional

Mensajes clave:

1. Para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tanto el sector de la salud como otros sectores tienen que normalizar la atención a las necesidades de los adolescentes en todos los aspectos de su trabajo. Es preciso adoptar un enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas”, desde su formulación y ejecución hasta el seguimiento y la evaluación. Se puede facilitar dicho enfoque constituyendo un grupo de coordinación nacional que supervise las iniciativas para la salud y el bienestar de los adolescentes entre los distintos sectores y ministerios gubernamentales.
2. Los países deben velar por que se incluyan las expectativas y los puntos de vista de los adolescentes en los procesos nacionales de programación. Es preciso institucionalizar y apoyar activamente el liderazgo y la participación de los adolescentes en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas de salud pensados para ellos.
3. El principio de “no dejar a nadie atrás” debe regir la programación para la salud de los adolescentes. La óptica de la equidad, desde la que se preste la debida atención a la edad, al sexo y, en particular, a los grupos vulnerables, debe impregnar todas las fases de programación, desde la fijación de las metas y los objetivos hasta la definición de los indicadores para estudiar los logros y planificar las intervenciones, los servicios y las actividades.
4. Los sistemas de salud adaptados a los adolescentes son fundamentales para lograr la cobertura universal de salud. Para garantizar la atención explícita, continua y especializada a la adolescencia dentro del sector de la salud, los países pueden plantearse nombrar un responsable ministerial que asuma la defensa de la salud de la adolescencia dentro del ministerio de salud, coordine la atención sistemática a las necesidades de este colectivo en todos los programas de salud y actúe como enlace para la acción intersectorial.
5. Para acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud, los países deben valorar cómo institucionalizarán los programas nacionales para promover la salud de los adolescentes, abarcando las distintas prioridades de salud. En tal caso, el responsable ministerial de salud de la adolescencia también coordinará el programa nacional para la salud de los adolescentes.
6. Resulta más fácil defender la inversión en la salud de los adolescentes si se calculan en detalle los costos asociados. Por tanto, las políticas y estrategias nacionales en materia de salud de los adolescentes deben ir acompañadas de un presupuesto exhaustivo que contemple los recursos necesarios para llevar a la práctica las intervenciones consideradas prioritarias y los costos del programa.
7. Los avances realizados en escolarización primaria y secundaria requieren que se redoble la atención prestada a los programas de salud escolar. Invertir en los programas de salud escolar es prioritario para la acción intersectorial en pro de la salud de los adolescentes. Todas las escuelas deben ser escuelas promotoras de la salud. Los países que no disponen de un programa nacional institucionalizado de salud escolar deben valorar la posibilidad de establecerlo, mientras que los países que sí cuentan con tales programas deben continuar mejorándolos para que estén en consonancia con el corpus de evidencias sobre las intervenciones eficaces y las prioridades emergentes.

En el capítulo 4 se explica cómo establecer las prioridades para los programas, mientras que el capítulo 3 resume las políticas y las intervenciones basadas en la evidencia para cada una de las prioridades que pueden seleccionarse. Este capítulo describe la programación nacional: la etapa del ciclo de planificación de un sector en la que las prioridades se trasladan a los planes (véase el glosario).

Este capítulo describe las áreas principales para que la programación alcance los fines últimos de mejora de la salud y del bienestar de los adolescentes y la equidad en resultados en materia de salud. Se definen los elementos comunes de la programación para la salud de los adolescentes, que se resumen en el marco lógico, y se ofrece un panorama de las funciones del sector de la salud y de otros sectores (sección 5.1). A continuación, se proponen las áreas clave que se deben programar dentro de los elementos del marco lógico y se describen ejemplos prácticos de cómo se ha aplicado la programación en diversos países (sección 5.2 a 5.6). En la sección 5.7 se describen los aspectos específicos de la programación en los entornos humanitarios y frágiles y, en la sección 5.8, los enfoques de desarrollo positivo y transformadores de género.

Las áreas clave descritas en este capítulo coinciden con algunas de las intervenciones a nivel institucional, estructural y macrosocial que se mencionan en el capítulo 3, puesto que la complejidad de las intervenciones tiende a aumentar cuanto más alta es su situación jerárquica en el marco ecológico.

Por ejemplo, en el cuadro 3.4 se indica que la prevención del acoso escolar es una intervención de nivel institucional recomendada. Se trata de una intervención compleja con muchos componentes, a saber: capacitación de los profesores y los padres; trabajo especializado con los alumnos que tienen el doble rol de agresor y víctima; e instauración de las normas y los procedimientos escolares. Por otro lado, la prevención del acoso escolar es un área de programación para las escuelas promotoras de la salud. En otro ejemplo, los servicios de salud adaptados a los adolescentes son una intervención recomendada dentro de los servicios relacionados con la infección por el VIH para garantizar la participación y mejorar los resultados. También es un área de programación, si se entiende, por ejemplo, que un programa cuyo objetivo sea mejorar el acceso de los adolescentes a la orientación y el asesoramiento tendrá que abordar la adaptación de los servicios de salud a los adolescentes. Para facilitar la lectura, cuando existe dicha coincidencia, se enumera el área de programación junto con otras prioridades, aunque también se haya mencionado como área de intervención en el capítulo 3.

5. Programación nacional

5.1.

Marco lógico para trasladar las prioridades a los planes y programas

Como se describe en los capítulos 2 y 3, los programas para promover la salud de los adolescentes tienen un ámbito de acción muy amplio. Abarcan la salud mental, las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y reproductiva, los accidentes de tránsito y la violencia, entre otros problemas. Es difícil, por tanto, definir una fórmula universal con los elementos concretos de su diseño y ejecución, pero sí es posible adoptar una perspectiva unificadora. El marco lógico es una herramienta formal que permite planificar, programar y evaluar los programas (290). En él se definen los objetivos y los indicadores del programa, para realizar el seguimiento y la evaluación (290); también se explicitan las relaciones entre las metas, los objetivos, las intervenciones clave, las estrategias de ejecución y las actividades.

Reconociendo que las diferentes prioridades de salud tendrán implicaciones específicas para las intervenciones seleccionadas y las actividades clave, la programación en pro de la salud de los adolescentes tiene elementos comunes (figura 5.1), incluidas cuatro condiciones integrales para el éxito (liderazgo, participación de los adolescentes, financiamiento y rendición de cuentas). En cuanto que herramienta de planificación, el marco lógico cuenta con una lista de verificación de los elementos programáticos que deben tenerse en cuenta para planear una respuesta sistémica a la salud de la adolescencia. En particular, este marco lógico es aplicable no solo a los programas dirigidos o aplicados principalmente por el sector de la salud, sino también a los que llevan a cabo otros sectores.

En la programación nacional es muy importante seguir el principio central de los ODS de “no dejar a nadie atrás”. La óptica de la equidad debe impregnar la planificación en todas sus etapas, desde la determinación de los objetivos y la población destinataria hasta la planificación de las intervenciones, los servicios y las actividades, pasando por la definición de los indicadores utilizados para verificar los logros. La guía de la OPS/OMS El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás, del 2016 (106), contiene pautas detalladas para promover y hacer valer los derechos humanos y la equidad en todas las etapas del proceso de programación.

Como se aprecia en el marco lógico, la mejora de la salud y del bienestar de los adolescentes y la equidad en los resultados en materia de salud son metas importantes de estos programas. Tanto el sector de la salud como otros sectores ejercen distintas funciones para alcanzarlas (figura 5.2).



Figura 5.1. Marco lógico para la elaboración de programas nacionales de salud de los adolescentes

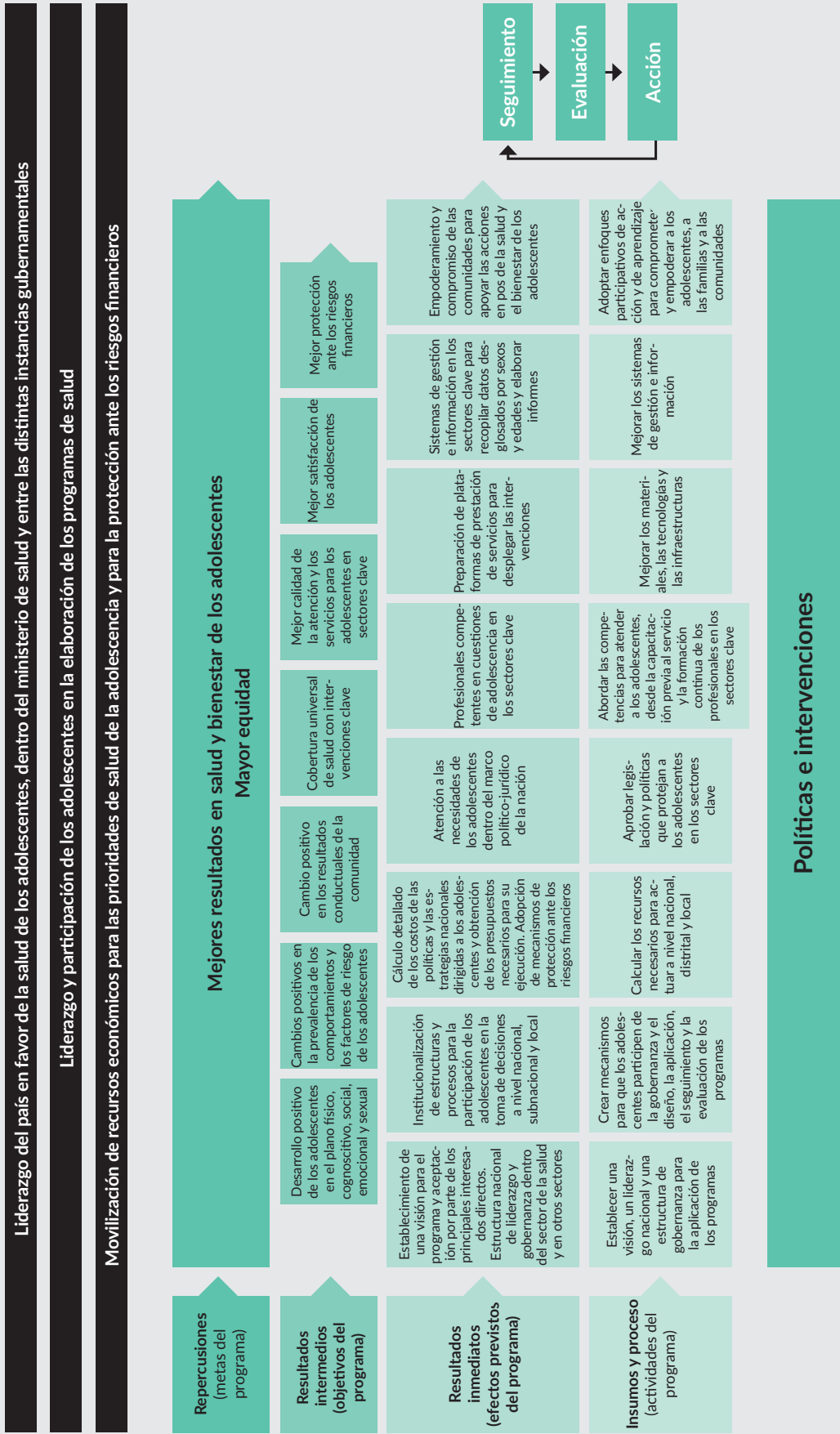


Figura 5.2. Funciones sectoriales en la elaboración de programas a favor de la salud de los adolescentes

PROGRAMACIÓN DENTRO DEL SECTOR DE LA SALUD PARA LA COBERTURA UNIVERSAL		PROGRAMACIÓN CON OTROS SECTORES PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES MÁS AMPLIOS DE LA SALUD		
Programación de sistemas de salud adaptados a los adolescentes	Programas específicos para la adolescencia dentro del sector de la salud	Programas a favor de la salud de los adolescentes en los entornos humanitarios y frágiles	Inclusión de la salud de los adolescentes en todas las políticas	Programas intersectoriales
La programación de los sistemas de salud adaptados a los adolescentes aborda los determinantes cuyo máximo responsable es el sector de la salud (p. ej., disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de atención de salud).		El sector de la salud dirige las intervenciones que le son propias, pero comparte la responsabilidad con otros sectores dentro de una coordinación multisectorial bien definida	Otros sectores son los principales responsables de conseguir que se preste la atención adecuada a los adolescentes y a su salud. El sector de la salud concientiza, moviliza y brinda apoyo técnico a los demás sectores	El sector de la salud es corresponsable, junto con otros sectores, de la definición de los objetivos, la planificación y el financiamiento. Cualquiera de los sectores puede ejercer la función principal de coordinación y seguimiento
El sector de la salud dirige a otros sectores (pero los moviliza y apoya) para contribuir a los objetivos del sector de la salud				

Cabe tener en cuenta que, para lograr la cobertura universal, así como para influir en los determinantes más amplios, el sector de la salud no puede actuar solo, sino que requiere cierta acción intersectorial, entendida como una relación reconocida entre parte del sector de la salud y parte de otro sector cuyo objetivo es adoptar medidas en un asunto o alcanzar determinados resultados en materia de salud, con mayor eficacia, eficiencia o sostenibilidad de lo que sería posible si el sector de la salud actuase solo (291). El tipo de acción intersectorial puede ser de simple intercambio de información, de cooperación (incidental, eventual o reactiva, y dirigida por el sector de la salud), de coordinación (labor conjunta que persigue ajustar las políticas y los programas de cada sector para que sean más eficientes y eficaces) o de integración (definición conjunta de una política o programa nuevo) (106, 292).

A partir de este punto, el presente capítulo trata la aplicación práctica del marco lógico para la elaboración de programas nacionales a favor de la salud de los adolescentes, dentro del sector de la salud y en colaboración con otros sectores. En el recuadro anterior se describen las áreas clave para la programación.



5. Programación nacional

5.2.

Liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales

Para que la programación resulte exitosa, una condición indispensable es que haya un liderazgo firme dentro del ministerio de salud, en cada uno de los sectores clave y en toda la estructura gubernamental. Dadas la complejidad de la adolescencia y la gran cantidad de disciplinas y organismos profesionales de diversos sectores que deben incluirse, hace falta una coordinación fuerte. Dentro del ministerio de salud, se precisa un liderazgo firme por la salud de los adolescentes para encomendar la colaboración entre diferentes dependencias y para garantizar que se presta la debida atención a la salud de los adolescentes en las políticas clave, inclu-

idas las relacionadas con la protección ante los riesgos financieros, la capacitación y la educación de los proveedores, la mejora de la calidad, los sistemas de gestión e información sanitarias y las infraestructuras. Para abordar los determinantes más amplios de la salud, se requiere un liderazgo firme al más alto nivel (tanto en el Gobierno nacional como en la administración local) a fin de establecer la colaboración entre las diferentes ramas operativas de la administración y las comunidades, la sociedad civil, los jóvenes y el sector privado (estudio de caso 14 y estudio de caso A5.4, anexo 5).

Estudio de caso 14

Inglaterra: estrategia para reducir los embarazos en la adolescencia

La estrategia adoptada en Inglaterra para reducir en 10 años la incidencia de los embarazos entre las adolescentes es un ejemplo de programa dirigido a nivel nacional y aplicado a nivel local que ha cosechado buenos resultados. Este programa recibió partidas de recursos durante un período prolongado y ha comportado una reducción de 51% de la tasa de concepción entre las menores de 18 años. Teniendo en cuenta los datos internacionales que avalaban la eficacia de esta intervención, la estrategia fijó un plan de acción de 30 puntos dentro de cuatro esferas: acción conjunta a nivel nacional y local; mejora de la prevención (es decir, mejora integral de la educación afectivo-sexual y acceso a los anticonceptivos); campaña de comunicación nacional dirigida a la juventud y a los padres, y apoyo coordinado para los padres jóvenes.

Se constituyó una unidad de embarazo en la adolescencia que supervisaría la estrategia con el apoyo de una comisión interdepartamental y un grupo consultivo independiente de expertos externos. Se nombraron coordinadores en todas las regiones del país, en tanto que cada área de la administración local también nombró un coordinador y una comisión en la que estaban representados los sectores de salud, educación y vivienda, los servicios sociales y de juventud y las ONG. Además, se estableció un grupo nacional de ONG que prestarían asesoramiento experto.

Los objetivos y la meta de la estrategia quedaron integrados en una amplia serie de programas estatales para mantener las prioridades y fortalecer la labor conjunta entre los distintos organismos. El mantenimiento del liderazgo en toda la estrategia fue un factor importante de su éxito. El liderazgo del Gobierno fue clave para priorizar los embarazos en la adolescencia en la agenda nacional, lo cual se reflejó en el lanzamiento de la estrategia por parte del propio primer ministro. También fue fundamental para mantener la prioridad a lo largo de los 10 años, aunque al principio se avanzara lentamente y en los medios de comunicación se llegase a afirmar que la estrategia había fracasado. Se suministraron a los responsables de elaborar políticas los datos que demuestran que hace falta tiempo para modificar los fenómenos sociales complejos, para que no esperasen resultados inmediatos. Después de la revisión a medio proyecto, la presencia ministerial visible y la participación directa con las áreas locales contribuyeron a renovar el compromiso. El liderazgo local de los concejales electos y los altos funcionarios también fue importante para mantener la motivación y para cuestionar la opinión muy arraigada de que la elevada incidencia de embarazos de adolescentes era inevitable. Además, los líderes nacionales y locales contaron con el respaldo de los expertos del grupo consultivo independiente, quienes ayudaron a rebatir las críticas de la prensa y ofrecieron asesoramiento constructivo a los ministros y las áreas locales.

Fuentes: (293, 294).

El liderazgo pueden ostentarlo las personas o puede ejercerse a través de las estructuras y procesos de gobernanza de una organización. En la práctica, ambos son importantes (295). Muchas iniciativas para establecer servicios adaptados a los adolescentes en los países de ingresos bajos y medianos (p. ej., en Colombia, Estonia, la República de Moldavia y Mozambique), que crecieron para convertirse

en programas nacionales, deben su éxito a las coaliciones locales que presionaron largo tiempo a los políticos encargados de adoptar las decisiones, a fin de que no se disipara el interés inicial (294). Gracias a su tenaz promoción de la causa, se crearon mecanismos institucionales en la gobernanza, la prestación de servicios y el financiamiento para asegurar la sostenibilidad de las inversiones iniciales.

Áreas clave de la programación:

Liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales:

1. Establecer un mecanismo de nivel nacional, o aprovechar las plataformas existentes, para supervisar y coordinar las iniciativas por la salud y el bienestar de los adolescentes en todos los sectores y ministerios gubernamentales. Dicho mecanismo facilitaría la participación de los órganos pertinentes y de las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los propios adolescentes. También serviría para definir y revisar periódicamente las prioridades de la colaboración intersectorial, crear incentivos para acelerar el trabajo, coordinar la acción entre los ministerios y promover la rendición de cuentas a todos los niveles
2. Nombrar a un coordinador del área de salud en la adolescencia, dentro del ministerio de salud, cuyas responsabilidades serían:
 - a) trabajar con las distintas dependencias dentro del ministerio (finanzas, fuerza laboral, atención primaria y atención hospitalaria) para que todos los programas de salud le presten la debida atención a la adolescencia;
 - b) coordinar programas específicos para la adolescencia dentro del sector de la salud o entre diversos sectores, según el mandato;
 - c) colaborar con otros sectores en sus ciclos de planificación estratégica y operativa para asegurar que se incluye la salud de los adolescentes en todas las políticas (véase la sección 5.6.1);
 - d) actuar de enlace con otros sectores mediante una plataforma intersectorial y velar por que haya un liderazgo fuerte en pro de la salud de los adolescentes en toda la estructura gubernamental, a fin de encomendar la colaboración orientada a los objetivos de salud compartidos, y
 - e) planificar y administrar la acción intersectorial (véase el recuadro 5.4 en la sección 5.6.2).
3. Formar el liderazgo y la capacidad político-administrativa a nivel nacional y subnacional (p. ej., provincial) para la salud de los adolescentes, mediante:
 - a) el desarrollo de las competencias centradas en los adolescentes, utilizando datos para la toma de decisiones;
 - b) la adopción de las aptitudes esenciales para promover la causa, negociar, elaborar presupuestos, forjar consensos, realizar planes y gestionar los programas;
 - c) la colaboración con los distintos sectores;
 - d) la coordinación de la acción de los diversos interesados directos;
 - e) la movilización de los recursos, y
 - f) la rendición de cuentas.

Fuentes: (11, 55).

5. Programación nacional

5.3.

Liderazgo y participación de los adolescentes en la programación

Las Naciones Unidas definen la participación de la juventud como “la contribución activa y significativa de los jóvenes a todos los aspectos de su propio desarrollo y del de sus comunidades, incluido su empoderamiento para tomar parte de las decisiones relativas a su desarrollo personal, familiar, social, económico y político” (297).

La participación de los adolescentes en las decisiones políticas reporta beneficios múltiples (véase también el recuadro A1.1). Desde una perspectiva pragmática, garantiza que se adopten mejores decisiones y políticas; permite que los responsables conozcan los puntos de vista, las ideas y las experiencias singulares de los adolescentes, para comprender mejor sus necesidades y proponer soluciones más adecuadas a sus problemas. Se ha observado que, si se incluyen los puntos de vista de los adolescentes y de los jóvenes en las políticas nacionales, se obtienen respuestas más coordinadas del Gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y los donantes. En algunas circunstancias, se ha demostrado que la participación de los jóvenes en la programación potencia la eficacia de las intervenciones (298). Además, los adolescentes y jóvenes pueden desempeñar un papel importante al aportar sus valoraciones y opiniones sobre el progreso de los programas, a modo de seguimiento de la aplicación de las políticas. A nivel individual, respetar los criterios de los adolescentes con respecto a su propia atención de salud consigue que más adolescentes entren y permanezcan dentro del proceso asistencial. Desde una perspectiva del desarrollo, la participación significativa ejerce una influencia positiva fundamental en el crecimiento social y emocional de los adolescentes (55), mejora las relaciones con los adultos, fomenta sus aptitudes de liderazgo, su motivación y su autoestima y les permite dotarse de las competencias y de la confianza en sí mismos que necesitan para desenvolverse en sociedad (298). Desde una perspectiva ética y de derechos humanos, el derecho de los menores a participar en la toma de decisiones está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y es una manera para promover la equidad en salud. Las causas profundas de las inequidades radican en la distribución desigual del poder, de la riqueza y de los recursos, de modo que empoderar e involucrar a los grupos de adolescentes vulnerables y excluidos mediante su participación significativa constituye uno de los mecanismos de redistribución del poder (106). A pesar de estas razones de peso para que los adolescentes tengan una participación significativa en la elaboración de los programas de salud pensados para ellos, es poco habitual que los Gobiernos incentiven dicha participación y todavía menos habitual que la evalúen.

En salud pública, la participación de los adolescentes puede encauzarse por diferentes vías (299):

- **Informar** a los adolescentes con datos equilibrados y objetivos (p. ej., estudio de caso A3.1).
- **Consultar** a los adolescentes, en un proceso iniciado, dirigido y gestionado por los adultos, para conocer sus nociones y sus opiniones, a fin de fundamentar la toma de decisiones de los adultos. Véase el estudio de caso de Sudáfrica (A3.13), en el que las aportaciones de los menores motivaron que se modificase la edad de consentimiento para las pruebas de detección del VIH.
- **Involucrar** a los adolescentes o trabajar directamente con ellos en las comunidades. Véanse los estudios de caso 5 y A3.14, de Mozambique y Namibia, sobre la inclusión de adolescentes facilitadores y grupos de apoyo entre pares en la prestación de servicios, o el estudio de caso A5.5 de Sierra Leona sobre la participación de los niños en la Comisión de la Verdad y la Reconciliación.
- **Colaborar** con los adolescentes afectados por cada aspecto de una decisión en las comunidades, incluida la propuesta de alternativas y la determinación de soluciones. El estudio de caso A5.6, recogido en el anexo 5, explica el ejemplo de una municipalidad argentina que ha colaborado con los jóvenes para que opinen sobre el diseño de los servicios municipales concebidos para ellos y sobre la asignación de recursos para sustentarlos.
- **Empoderar** a los adolescentes para que conserven el control, en última instancia, sobre las decisiones clave que afecten a su bienestar. Esto se traduce en una participación dirigida por los adolescentes, en la cual ellos asumen el espacio y la facultad para poner en marcha actividades y defender sus intereses (véase el estudio de caso A3.2).

En muchos países hay líderes juveniles que actúan mediante las asociaciones de la comunidad, las actividades escolares y los grupos consultivos nacionales o subnacionales. Estos jóvenes pueden resultar muy valiosos para planificar sistemas de salud que respondan a las necesidades de los adolescentes, así como para influir en las políticas de otros sectores. Los ministerios de salud o los Gobiernos tienen la responsabilidad no solo de respetar el derecho a la participación sino también de proteger y de velar por que se cumpla. Para ello, hay que formar las capacidades de los adolescentes y proporcionarles verdaderas oportunidades de participar en el liderazgo y las decisiones financieras y en todas las fases del ciclo de programación: determinación de prioridades, análisis, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación.

Áreas clave de la programación (continuación): Liderazgo y participación de los adolescentes

4. Garantizar que los marcos políticos nacionales reconozcan la importancia de la participación significativa de los adolescentes y los jóvenes y habilitar mecanismos para facilitarla.
5. Crear foros para que los jóvenes participen de forma significativa, en calidad de líderes e interesados directos, a nivel nacional (p. ej., comisiones independientes y un consejo de juventud nacional) con recursos para la supervisión independiente de las acciones del Gobierno en la promoción de la salud y el bienestar de los adolescentes.
6. Configurar estructuras y procesos para institucionalizar la participación de los adolescentes en los diálogos acerca de las áreas pertinentes de políticas públicas, financiamiento y aplicación de programas (p. ej., participación de la juventud en el Grupo Coordinador de la Sociedad Civil para el Mecanismo de Financiación Mundial en apoyo de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños; e inclusión sistemática de los jóvenes a través de la participación de la sociedad civil en las plataformas del país para la salud reproductiva, materna, neonatal e infantojuvenil).
7. Con la participación de comunidades de adolescentes y jóvenes, adoptar unas normas mínimas para mejorar la participación, la inclusión, la transparencia y la verdadera rendición de cuentas de dichas plataformas nacionales. Garantizar que las políticas para la representación de los adolescentes sean equitativas e incluyan a los grupos vulnerables clave, para lograr mayor paridad, con mecanismos adecuados para la representación formal e informal de la juventud, la formación adaptada de las capacidades y el apoyo financiero.
8. Construir los mecanismos para la participación local, aprovechando las plataformas tecnológicas (p. ej., teléfonos móviles y redes sociales) para que los adolescentes contribuyan a la identificación de problemas, la asignación de prioridades y la búsqueda de soluciones. Aportar los recursos para respaldar estas acciones y garantizar que los mecanismos permitan la participación de los adolescentes más vulnerables.
9. Capacitar y orientar a los líderes juveniles para que puedan desempeñar una función eficaz en la gobernanza y los procesos de rendición de cuentas relativos a su salud y bienestar. Garantizar que haya información accesible y adaptada a los jóvenes, recursos y asistencia económica y técnica para las actividades de capacitación y orientación y permitir que adolescentes compartan sus experiencias, sus buenas prácticas y sus modelos para dirigir intervenciones exitosas.
10. Fomentar el conocimiento de los adolescentes sobre los derechos que les asisten en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y sobre sus derechos (y limitaciones) legales de conformidad con las leyes y los reglamentos nacionales. Garantizar la existencia de mecanismos funcionales y accesibles de justicia y amparo, así como la capacidad de los adolescentes de acudir a ellos. Facilitar que los jóvenes puedan interponer sus demandas ante los órganos judiciales y de derechos humanos de ámbito regional e internacional.
11. Introducir mecanismos y procedimientos para garantizar la participación de los adolescentes en los servicios de salud, incluida su propia atención, según la norma 8 de las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes (18, 323).

Fuentes: (18, 106, 300, 323).

En colaboración con sus asociados, la comisión de adolescentes y jóvenes de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño ha diseñado un conjunto de herramientas para las organizaciones juveniles que puede servirles para hacer valer sus causas, abogar por la salud y el bienestar de los adolescentes en sus países y poner la cuestión de relieve a nivel regional y mundial.

El conjunto de herramientas faculta a las organizaciones juveniles para que elaboren hojas de ruta nacionales de promoción de la causa y para que entablen diálogos y procesos a nivel subnacional y nacional (42). En la lista del recuadro A1.1 del anexo 1 se enumeran otros recursos mundiales que proporcionan orientación práctica para facilitar la participación de la juventud en el desarrollo multisectorial y la programación de salud.

5. Programación nacional

5.4. Financiamiento para las prioridades de los adolescentes en los planes nacionales de salud y protección ante los riesgos financieros

El mecanismo de financiamiento de los servicios de salud es capital para progresar hacia la cobertura universal. Para los adolescentes, hay tres aspectos cruciales del financiamiento (301):

- aumentar al máximo el número de adolescentes cubiertos por un sistema eficaz de mancomunación de prepagos, que puede consistir, por ejemplo, en un programa de seguro explícito o en el acceso a los centros financiados con cajas de prepagos mancomunados;
- reducir o eliminar el cobro directo en el momento de la prestación, y
- ampliar la variedad de servicios cubiertos por el sistema de mancomunación de prepagos para incluir los servicios en la cartera nacional para adolescentes.

En cada uno de estos aspectos, los adolescentes se enfrentan con vulnerabilidades específicas por varias razones (302):

- primero, en comparación con otros grupos etarios, es menos habitual que los adolescentes estén cubiertos por un sistema eficaz de mancomunación de prepagos (p. ej., un seguro de enfermedad), en particular si no están escolarizados, si son mayores de 18 años, si no tienen empleo o si su familia tiene pocos ingresos;
- segundo, la disuasión que suponen los cobros directos afecta mucho más a los adolescentes, puesto que disponen de poco dinero, ya sea propio o de la familia;
- tercero, los adolescentes tienen una capacidad limitada de acceder a los servicios con independencia de los padres, si bien tienen mayor necesidad de confidencialidad que los niños más pequeños (303-305). Por ejemplo, en los Estados Unidos, aunque a los adolescentes se les permite legalmente recibir algunos servicios sin el consentimiento paterno, a los padres se envían facturas detalladas que pueden revelar datos íntimos (306);
- cuarto, no todos los servicios que necesitan los adolescentes están cubiertos adecuadamente con los sistemas de financiamiento mancomunado de prepagos. Por ejemplo, es posible que los anticonceptivos o la vacuna contra el VPH no estén cubiertos en la cartera de prestaciones;
- quinto, los mecanismos de remuneración de los proveedores no siempre están alineados con los requisitos de servicio para los adolescentes. En los esquemas de pago de honorarios por los servicios prestados, los profesionales pueden no dedicar el tiempo suficiente a la consulta con un adolescente, que puede necesitar más tiempo que un adulto o un niño, especialmente en una primera consulta. Por tanto, es importante que los mecanismos de remuneración estén en consonancia con las necesidades de los adolescentes.



5.4.1.

Cómo ampliar la asignación de recursos para las prioridades de los adolescentes en los planes nacionales de salud

Para satisfacer las necesidades de los adolescentes, hay que asignar recursos y decidir adquisiciones dentro y fuera del sector de la salud (302). Los planes estratégicos nacionales de salud son una plataforma para acordar las orientaciones estratégicas y las prioridades del plan de salud a corto y medio plazo. El ministerio de salud debe traducir las metas de las políticas gubernamentales en propuestas de partidas presupuestarias para el sector de la salud. La salud de los adolescentes es una cuestión transversal que debe estar presente en todo el plan, en las previsiones de costos asociados y en el proyecto de presupuesto. A la hora de negociar las asignaciones de recursos con el ministerio de finanzas, hay varios argumentos que pueden esgrimirse para presentar un plan estratégico y convincente de inversión en los adolescentes (307). Hay que razonar sólidamente la conveniencia de invertir en la salud de los adolescentes, fundamentándose en la idea del triple dividendo de beneficios: para los adolescentes del presente, para su vida adulta en el futuro y para la generación de sus hijos (55, 73). Estos beneficios se conseguirán si se invierte en las intervenciones de eficacia demostrada que se describen en el capítulo 3. Además, generar más datos empíricos sobre la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones de salud de los adolescentes debe ser una prioridad de la investigación en lo sucesivo (véase el capítulo 6).

La justificación de la inversión será más sólida si se utilizan modelos de presupuestación para calcular los costos de las actividades planificadas. Por ejemplo, Sudáfrica elaboró recientemente una nueva política de salud en la adolescencia y juventud para 2016-2020 que contiene previsiones de los costos de su plan de ejecución. El debate sobre los mecanismos de financiamiento, como la exención del pago de honorarios para los usuarios adolescentes, requiere datos y argumentos sobre los recursos que exigirían los cambios y los beneficios que comportarían.

Los fondos obtenidos dentro del país son la principal fuente financiera para invertir en la salud de los jóvenes, pero los fondos externos también pueden ser relevantes en los países de ingresos bajos. El Mecanismo de Financiación Mundial es una importante plataforma financiera para la estrategia mundial que tiene por objeto apoyar las inversiones en determinados países que persiguen una acción inteligente, escalada y sostenible para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (11). El Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) alienta a los países a prestar atención a los adolescentes en sus aplicaciones. Una nota informativa sobre los adolescentes respalda las inversiones estratégicas del Fondo Mundial para mejorar la salud y el bienestar de todos los adolescentes (403). Véase el estudio de caso A5.25 sobre la obtención de financiamiento para intervenciones de salud en la adolescencia prioritarias en Liberia.

En la mayoría de los países, la ampliación de la asignación de recursos hacia las actividades que benefician la salud de los adolescentes se vehicula a través del proceso de presupuestación a nivel nacional y subnacional, que no siempre sigue la estructura del plan inicial. En muchos países, el desconocimiento sobre el ciclo de presupuestación y gestión financiera comporta que la formulación y la planificación de políticas estén desvinculadas de los procesos reales de presupuestación, lo cual puede comportar que las prioridades acordadas no estén alineadas con los fondos que en último término se asignan y se gastan. La participación en el ciclo financiero requiere, por consiguiente, que se participe en la etapa de planificación y en toda la preparación de presupuestos, la liberación de los fondos y el seguimiento de los gastos (309).

Las barreras económicas constituyen uno de los principales obstáculos para que los adolescentes utilicen los servicios. Aun así, según una reciente encuesta de la OMS, en muchos países los adolescentes tampoco tienen acceso a los servicios que son gratuitos en el punto de la prestación (figura A5.2, anexo 5) (301, 302).

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación):

Recursos financieros para los programas de salud de los adolescentes

- Definir claramente los objetivos de participación de los adolescentes e institucionalizar el seguimiento y la evaluación de dicha participación con indicadores específicos. Véase el estudio de caso A5.26, sobre la circunscripción de la salud del adolescentes dentro de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, que programó un plan de trabajo de 18 meses con objetivos claros y una previsión de resultados y contribuyó a demostrar la repercusión de sus iniciativas.
- Convertir la batería nacional de intervenciones de salud de los adolescentes en una guía para las decisiones sobre adquisiciones y las carteras de prestaciones, dedicando especial atención a los servicios preventivos y a los derechos de los adolescentes a la confidencialidad. Calcular los recursos necesarios para poner en práctica el conjunto de intervenciones prioritarias y los costos de los programas asociados, con herramientas como OneHealth. Se ha diseñado un módulo de presupuestación dentro de este software que permite proyectar los costos de los programas específicos de los adolescentes, así como el costo de suministrar las intervenciones a favor de la salud de los adolescentes dentro de otros programas o planes nacionales de salud.
- Preparar un plan estratégico y convincente, defendiendo con argumentos sólidos la inversión en la salud de los adolescentes, basándose en la noción del triple dividendo, y negociar las partidas de recursos con el ministerio de finanzas. Utilizar los datos de costos a la hora de solicitar y obtener los recursos para la salud de los adolescentes en los planes y presupuestos nacionales y subnacionales. Velar por que los recursos se repartan entre las zonas geográficas en proporción a las necesidades relativas.
- Capacitar a los directores de proyecto a nivel nacional y distrital para que consigan fondos externos que puedan destinar a las prioridades de salud de los adolescentes, aprovechando las oportunidades que ofrecen el Mecanismo de Financiación Mundial y las inversiones estratégicas del Fondo Mundial y de Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI): La Alianza para las Vacunas, entre otros.
- Capacitar a los gestores a nivel distrital y comunitario para que aborden las prioridades de salud de los adolescentes cuando introduzcan ajustes locales a los presupuestos centrales.
- Garantizar que se tenga en cuenta la salud de los adolescentes en los cursos de capacitación nacionales y subnacionales sobre planificación, presupuestación y financiamiento, incluido a nivel descentralizado.

Protección ante los riesgos financieros para la salud de los adolescentes

- Garantizar que los adolescentes y los jóvenes estén cubiertos por el financiamiento obligatorio, de prepago y mancomunado para poder acceder a los servicios que necesiten.
- Evaluar la repercusión de los cobros directos en el momento de la prestación para los adolescentes que acceden a servicios clave. Utilizar datos para abogar por una reducción o por la supresión de estos cobros directos para los adolescentes.
- Diseñar y aplicar medidas de protección ante los riesgos financieros para los adolescentes (p. ej., exenciones, vales o reducción de los copagos) para que los servicios o los productos básicos de salud, incluidos los anticonceptivos, sean gratuitos o más asequibles para los adolescentes en el momento del uso. Véase el estudio de caso 4, sobre el programa nicaragüense de vales para incrementar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes subatendidas.
- Definir los subgrupos de adolescentes que no estén cubiertos por los sistemas obligatorios de financiamiento de prepago y mancomunación y diseñar mecanismos para potenciar al máximo dicha cobertura. Estos mecanismos pueden adoptar diferentes formas, por ejemplo: un programa explícito de seguro; el acceso a los centros financiados por las cajas mancomunadas de prepago, o subsidios para los adolescentes vulnerables y sus familias. Estudiar la conveniencia de las prestaciones dinerarias para incrementar el acceso de los adolescentes a los servicios fundamentales y formular recomendaciones sobre estas cuestiones a los sectores de bienestar y protección social. Véase el estudio de caso A5.8, en el anexo 5, sobre las prestaciones de dinero en efectivo de Malawi como vehículo para alcanzar objetivos de salud pública.
- Realizar un seguimiento de los centros para verificar que se cumplen las políticas de exención de pagos.
- Ofrecer incentivos para que el personal de salud lleve a cabo las intervenciones de calidad que son esenciales para la salud y el desarrollo de los adolescentes, por ejemplo, con mecanismos de retribución del desempeño.

Fuentes: (106, 300, 301, 310, 311, 405).

5.5.

Programación dentro del sector de la salud para lograr la cobertura universal de salud

En el caso de los adolescentes, la cobertura universal de salud significa que todos los adolescentes puedan disfrutar de los servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesitan (con calidad suficiente para ser eficaces) mientras se garantiza al mismo tiempo que su utilización no acarree para ellos dificultades económicas (313).

Esta definición de cobertura universal de salud encarna tres objetivos programáticos (313):

1. equidad en el acceso a los servicios de salud, es decir, que puedan disponer de ellos todos los adolescentes que los necesiten, no solo los que puedan pagarlos;
2. calidad de los servicios en consonancia con las necesidades específicas de los adolescentes, para mejorar la salud de los beneficiarios;

3. protección de los adolescentes ante el riesgo financiero, garantizándose que el costo del servicio no les impida utilizarlo ni les perjudique económicamente.

La programación para la cobertura universal de salud puede efectuarse como parte de la planificación estratégica y operativa de un sector, alineada con su ciclo presupuestario (p. ej., las revisiones periódicas obligatorias de la formación previa al servicio pueden conllevar que se mejore el contenido relativo a la adolescencia), o como parte de un programa específico para los adolescentes (290).

5.5.1.

Programación para los sistemas de salud adaptados a los adolescentes

Para responder a los cambios en el ambiente y en las expectativas de la sociedad, los sistemas de salud tienen que ajustarse continuamente mediante el proceso de planificación estratégica y operativa.

Estos ajustes atañen a:

- la planificación del personal en el área de salud (p. ej., un aumento previsto de la proporción de adolescentes dentro de la población total requerirá más proveedores de servicios de salud con capacitación específica en cuestiones de adolescencia);
- los mecanismos de financiamiento de la atención de salud (p. ej., la austeridad presupuestaria incrementa la presión para priorizar las intervenciones eficaces en función de los costos);
- la organización de los servicios de salud (el crecimiento de la urbanización incrementa la demanda de atención de salud en las ciudades y puede elevar los riesgos de accidentes de tránsito, mientras que los servicios de salud en zonas rurales deben seguir funcionando y siendo accesibles);
- las formas de prestación de los servicios (p. ej., el mayor uso de la internet abre nuevas oportunidades para la educación sanitaria y la participación de los usuarios), y
- los mecanismos de seguimiento y evaluación de los servicios (p. ej., la integración de los indicadores de satisfacción de los usuarios en los sistemas de información y gestión sanitaria).

Es importante, por consiguiente, asegurar que se presta la debida atención a las necesidades de los adolescentes cuando se elaboran planes a corto, medio y largo plazo durante los ciclos de planificación estratégica y operativa (314) y que los adolescentes tengan la oportunidad de expresar sus necesidades.

Para lograr la cobertura universal de salud, los sistemas de salud tienen que normalizar la atención a las necesidades específicas de los adolescentes en todos los aspectos de su funcionamiento. Además del financiamiento y de la protección ante riesgos financieros que se describen en la sección 5.5, la programación para los sistemas de salud receptivos para con los adolescentes implica adoptar acciones tendentes a:

- la aprobación de leyes y políticas que protejan a los adolescentes;
- el establecimiento de una fuerza laboral con competencias en cuestiones relativas a la adolescencia en todos los niveles asistenciales;
- la calidad de los servicios de salud en consonancia con las necesidades específicas de los adolescentes y la atención adecuada a las plataformas de servicios que potencien al máximo la cobertura (p. ej., atención primaria, servicios de salud en la escuela o vinculados a la escuela y servicios de eSalud), y
- la plena visibilidad de los adolescentes en la gestión sanitaria y los sistemas de información que recopilen datos desglosados por edades y sexos.

5. Programación nacional

5.5.1.1

Leyes y políticas que protejan a los adolescentes

Las leyes y las políticas deben proteger, promover y hacer valer el derecho de los adolescentes a la salud. Los marcos jurídico-normativos deben basarse en los principios y las normas de derechos humanos internacionalmente reconocidos y aceptados.

Áreas clave de la programación (continuación):

Cumplimiento de los marcos jurídico-normativos con los principios y las normas de derechos humanos internacionalmente reconocidos y aceptados

24. Evaluar los marcos jurídico-normativos que regulan el acceso de los adolescentes a los servicios para verificar que cumplen con lo dispuesto en los principios y las normas de derechos humanos internacionalmente reconocidos y aceptados, mediante las herramientas de la OMS para examinar leyes, reglamentos y políticas concernientes a la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño y los derechos humanos. El objetivo de dicha evaluación debe ser señalar las áreas en las que son suficientes las disposiciones legislativas actuales, aquellas en las que se necesiten modificaciones o derogaciones y aquellas en las que existan vacíos legales que deban cubrirse. En el recuadro A5.1 del anexo 5 se describen los aspectos específicos de la legislación que deben evaluarse en relación con la salud de los adolescentes y los resultados de dichas evaluaciones en determinados países.
25. Definir la cartera necesaria de servicios de información, orientación, diagnóstico, tratamiento y atención que se ofrecerá a todos los adolescentes.

Fuentes: (406).

Que las leyes y las políticas protejan a los adolescentes implica, entre otras cosas, que los servicios que necesitan los adolescentes estén disponibles y accesibles para ellos, sin discriminación.

Áreas clave de la programación (continuación): Equidad

26. Revisar las leyes y las políticas y modificarlas según resulte necesario para garantizar una programación receptiva a las cuestiones de género que tenga en cuenta las normas, las funciones y las relaciones de género y su interacción con otros factores (p. ej., ingresos y entorno rural) que influyen en la salud y en el acceso a los servicios de salud.
27. Aplicar políticas para corregir las desigualdades y las prácticas discriminatorias (tanto reales como percibidas) en el acceso de los adolescentes a los servicios. Garantizar que los adolescentes con discapacidades, los adolescentes del colectivo lesbianas, gays, bisexuales y transgénero e intersexuales (LGBTI) y otros grupos vulnerables no enfrenten obstáculos para acceder a los servicios que necesiten.

Fuentes: (301, 323).

Los adolescentes necesitan políticas protectoras, tal como se describe en el capítulo 3. Los padres o tutores legales, los profesionales de la salud y asistentes sociales, los docentes y otros adultos desempeñan una función importante en su red de seguridad. Sin embargo, no debe entenderse que los adolescentes sean incompetentes e incapaces de tomar decisiones acerca de su propia vida (figura A5.1, anexo 5). La protección y la autonomía pueden parecer principios contradictorios, porque las medidas de protección tienden a restringir la autonomía, pero en realidad pueden equilibrarse y reforzarse mutuamente. Fomentar la autonomía, por ejemplo cuando se empodera a los adolescentes para que accedan a los servicios de salud, es una medida protectora, ya que acceder a dichos servicios oportunamente puede protegerlos contra posi-

bles efectos negativos. Las leyes y las políticas, por consiguiente, deben lograr que se otorgue la misma prioridad a todos los derechos que amparan a cada adolescente. Cuando en las políticas nacionales se busca un equilibrio adecuado entre el respeto a la autonomía emergente del adolescente y el nivel correcto de protección, deben tenerse en cuenta los aspectos siguientes: el nivel de riesgo relacionado; el potencial de explotación; el conocimiento del desarrollo del adolescente; la disparidad en el desarrollo de la competencia y la comprensión en los diferentes campos, y la experiencia y la capacidad individual (15). A continuación se exponen las áreas clave que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar leyes y políticas que traten los derechos a la salud, a la protección y a la autonomía como universales, indivisibles e interrelacionados.

Áreas clave de la programación (continuación): Confidencialidad

28. Introducir protocolos de cumplimiento obligatorio en los centros de salud, para garantizar:
 - que no se comuniquen a terceros los datos de los usuarios;
 - que se almacenen bajo medidas de seguridad los datos de carácter personal, incluidas las historias clínicas de los usuarios, y
 - que haya requisitos claros para organizar el espacio físico del centro y salvaguardar la intimidad visual y auditiva en la recepción y en el consultorio del profesional.
29. Especificar en las directrices de atención de salud que en las consultas con los usuarios adolescentes acompañados por los padres o tutores debe dedicarse sistemáticamente un tiempo a atender al adolescente a solas.
30. Revisar las leyes y las políticas nacionales para definir, de forma clara y sin ambigüedades, en qué situaciones se puede vulnerar la confidencialidad, con quiénes y por qué motivos (p. ej., abusos sexuales de menores, pensamientos suicidas significativos, conductas autolesivas o intento de homicidio).
31. Instituir procedimientos normalizados de trabajo para las situaciones en las que se permita vulnerar la confidencialidad por los requisitos legales.

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación):

Consentimiento y asentimiento para recibir tratamiento o servicios de salud

32. Fijar unos límites de edad apropiados y aceptables para que los adolescentes puedan otorgar su consentimiento o rechazar tratamientos o servicios sin que intervengan los padres o tutores. Dichos límites de edad deben corresponderse con la etapa evolutiva del adolescente y con las capacidades que posee en cada momento, tras la evaluación meticulosa de los riesgos, la seguridad y otras particularidades del contexto local. Se planteará la posibilidad de rebajar los límites de edad actuales si fuera apropiado (véanse los estudios de caso 15 y A5.9). A título orientativo, debe solicitarse el consentimiento informado del menor cuando se lo considere lo bastante maduro para tomar una decisión fundamentada. Por lo general, a partir de los 15 años se puede otorgar el consentimiento informado oralmente o por escrito. Con los adolescentes de menos edad, la decisión debe tomarse caso por caso. Si se observa que el menor carece de la capacidad de prestar el consentimiento, siempre deben primar sus intereses en la decisión que se tome.
33. Adoptar políticas flexibles para que determinados grupos de adolescentes sean considerados "menores maduros". Por ejemplo, los protocolos locales no deben impedir que accedan a los servicios los adolescentes no acompañados o los que carecen de padres o cuidadores.
34. Eliminar la obligación de obtener el consentimiento de los padres o tutores para los servicios de orientación y asesoramiento. El derecho a la orientación y al asesoramiento es independiente del derecho a consentir tratamientos médicos y no debe estar sujeto a ningún límite de edad.
35. Eliminar la obligación de obtener la autorización de terceros (p. ej., padres, tutores o marido), o de informar a dichos terceros, para los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre métodos y servicios anticonceptivos. Adoptar por ley la presunción de competencia para los adolescentes que soliciten servicios o productos de salud sexual y reproductiva que deban administrarse o dispensarse dentro de un tiempo limitado (p. ej., anticoncepción o aborto), es decir, presuponer que poseen la capacidad necesaria para recibir dichos productos y servicios.
36. Introducir procedimientos normalizados de trabajo para la obtención del consentimiento informado. Los formularios y otros medios informativos (p. ej., carteles) deben confeccionarse contando con miembros de la comunidad y deben diseñarse específicamente para que los grupos de edad estén incluidos en la actividad. Si hay requisitos de notificación obligatoria, debe informarse de ello a los padres o tutores y al adolescente durante el proceso de consentimiento o asentimiento.
37. Velar por que se garantice siempre (se exija o no el consentimiento de los padres o cuidadores) la obtención del asentimiento voluntario del adolescente, tras haberle suministrado suficiente información sin coacción y sin prisas, para los servicios y para la participación en actividades de recopilación de datos. Debe ofrecérseles información exhaustiva, imparcial y clara sobre la naturaleza, los riesgos y las alternativas de la intervención o actividad de recopilación de datos que se les propone, para permitir que sean partícipes de su propia atención y comuniquen sus decisiones. Dicha información debe ser apropiada para la cultura, la educación y el grado de comprensión del adolescente. Hay que explicar claramente los riesgos, pero sin asustar.
38. Adoptar políticas para salvaguardar los derechos de los adolescentes con discapacidades, exigiendo que se dé peso a sus criterios, en conformidad con su capacidad, edad y madurez, igual que a los demás. Los adolescentes con discapacidades se enfrentan a barreras particulares y, por tanto, deben disponer de oportunidades para que tomen decisiones con apoyo.
39. En los territorios donde la interrupción del embarazo sea legal, modificar la legislación para que las adolescentes puedan recurrir a ella en las condiciones adecuadas, sin la obligación de contar con la autorización de los padres o del marido.
40. Erradicar las prácticas dañinas que se cometen contra los jóvenes sin su consentimiento, como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz o forzado.

Fuentes: (15, 317, 323, 405).

Estudio de caso 15

Estados Unidos: Ampliación del acceso de los menores a los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual

Durante los últimos 30 años, algunos estados de la Unión han ampliado la potestad de los menores para prestar el consentimiento en la atención de salud, incluida las áreas relativas a la actividad sexual. Los 50 estados y el Distrito de Columbia permiten a la mayoría de los menores realizarse las pruebas de detección y recibir tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y muchos incluyen explícitamente la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral. Muchos estados, sin embargo, permiten que los médicos informen a los padres de que se han solicitado o recibido dichos servicios si lo estiman conveniente para el menor. A fecha de 1 de noviembre del 2016, la situación es la siguiente:

- Los 50 estados y el Distrito de Columbia permiten explícitamente a los menores que presten el

consentimiento para los servicios del área de ITS, aunque 11 estados imponen una edad mínima (en general, 12 o 14 años).

- En 32 estados se incluyen explícitamente las pruebas de detección del VIH y los tratamientos antirretrovirales en la cartera de servicios del área de ITS que pueden consentir los menores (muchas de estas leyes solo son aplicables a las pruebas de detección del VIH).
- En 18 estados se permite que los médicos informen a los padres del menor de que ha solicitado o recibido servicios del área de ITS. Sin embargo, a excepción de un estado, la notificación a los padres solo es obligatoria si el menor da positivo a la prueba del VIH, mientras que en ningún estado es obligatorio que los médicos comuniquen a los padres la mera prestación de dichos servicios.

Fuente: (407).



5. Programación nacional

5.5.1.2.

Fuerza laboral competente en cuestiones de adolescencia en todos los niveles asistenciales

Los adolescentes no son ni niños mayores ni adultos jóvenes. Volviendo al modelo ecológico descrito en el capítulo 1, los factores comunitarios, institucionales, ambientales, individuales, interpersonales y estructurales hacen de los adolescentes usuarios especiales por la forma que tienen de comprender la información, por los canales informativos que influyen en sus comportamientos y por cómo piensan en el futuro y toman decisiones en el presente (319). Todo el personal de salud que ejerce en los entornos a los

que acuden los adolescentes (p. ej., hospitales, centros de atención primaria y farmacias) debe desarrollar sus competencias (conocimientos, aptitudes y actitudes) para una atención de salud adaptada a los adolescentes, a fin de poder responder a sus necesidades específicas (figura 5.3). Véase, por ejemplo, el recuadro A3.2 que ilustra cómo ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los jóvenes.

Figura 5.3. Ámbitos para las competencias básicas en la atención de salud a los adolescentes



Fuente (408)

Las competencias básicas se pueden adquirir tanto en la formación previa al servicio como en la que se imparte a los profesionales en ejercicio. Es necesaria una progresión a lo largo de este espectro de formación para garantizar un aprendizaje permanente, si bien muchos países carecen de sistemas sostenibles de educación

Para ayudar a los países a fundar una fuerza laboral con competencias específicas para la adolescencia, la OMS ha elaborado el documento **Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria, que incluye una guía de aplicación y un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los profesionales y para formular recomendaciones** (408).

profesional continua (408). Por ello, es muy importante mejorar la estructura, el contenido y la calidad del componente salud del adolescente de los programas de estudios previos al servicio. Instituir la obligatoriedad de la educación basada en competencias sobre la atención de salud a los adolescentes en los programas de grado y posgrado es una de las acciones clave para avanzar hacia una fuerza laboral que sea competente en la salud de los adolescentes (301).

En la República de Moldavia, por ejemplo, se ha introducido hace poco un componente de salud de los adolescentes en la capacitación previa al servicio de los médicos de familia y pediatras, y se ha diseñado un curso de capacitación de posgrado para los proveedores de servicio (capacitación en servicio como parte de la formación continua), que ha sido aprobado e integrado en el programa de estudios universitarios para la formación médica continua (estudio de caso 16).

Estudio de caso 16

República de Moldavia: Inclusión de la salud y el desarrollo de los adolescentes en los estudios de medicina de las universidades estatales

En la República de Moldavia, los jóvenes de entre 10 y 24 años representan más de una quinta parte de la población. Desde el 2001, existe una red de centros de salud adaptados a los jóvenes y adolescentes, que se ha ido ampliando para ofrecer los servicios que necesitan. Para garantizar que los servicios cumplen con las normas nacionales de calidad, fue crucial abordar las competencias de los profesionales, como la comunicación adecuada a la edad, la confidencialidad y la evaluación integrada de los riesgos para la salud. Durante los primeros 10 años, la iniciativa dependía de la capacitación durante el servicio, en gran parte patrocinada por organismos donantes.

El país, cuya población es de 3,5 millones de habitantes, solo tiene una universidad en la que se imparte la carrera de medicina, la Universidad Estatal de Medicina y Farmacia Nicolae Testemițanu, que ofrece estudios de grado y de posgrado, así como pasantías clínicas, residencias, doctorados, investigación posdoctoral y formación profesional continua. Para reducir la dependencia con respecto al financiamiento de los donantes, en el 2014 se diseñó un curso de posgrado para profesionales (capacitación en servicio como parte de la formación continua), que fue aprobado e integrado en el programa universitario de formación continua de medicina. Se trata de un curso de 50 horas impartido conjuntamente por la Universidad Estatal de Medicina y el Centro Nacional "Neovita" de Recursos sobre Servicios de Salud Orientados a los Jóvenes. Los profesionales pueden elegir este curso como parte de sus cinco solicitudes anuales de formación continua.

La inclusión de un curso dedicado a la adolescencia en la formación profesional continua fue un logro importante y una clave para la sostenibilidad. Sin embargo, pronto se hizo evidente que también había que mejorar la estructura, el contenido y la calidad del componente de salud de los adolescentes en los estudios de grado, por dos razones: en primer lugar, porque permitiría que todos los recién graduados (y, por consiguiente, toda la fuerza laboral del futuro) adquiriesen las competencias básicas para tratar con los adolescentes; y en segundo lugar, porque la reforma de la atención primaria en la República de Moldavia había situado al médico de familia en el centro de la atención de salud, de modo que debía garantizarse que todos los adolescentes recibieran una atención receptiva, independientemente de si la solicitaban en un centro de atención primaria o en el centro de salud para los jóvenes. Por consiguiente, el componente adolescente de la formación de residencia para los médicos de familia es crucial.

Entre el 2014 y el 2016, los temas de salud y desarrollo de los adolescentes se han incorporado en los cursos de especialización en tres áreas:

- en las residencias de medicina de familia (18 horas: 3 horas de teoría y 15 horas de prácticas);
- en las residencias de pediatría (45 horas: 6 horas de teoría y 39 horas de prácticas);
- en las residencias de obstetricia y ginecología (140 horas: 70 horas de teoría y 70 horas de prácticas). Esta asignatura se impartía desde mucho antes de la década del 2000, pero su contenido se ha actualizado recientemente.

Gracias a estas iniciativas, el país ha conseguido que se forme a los profesionales en temas de salud y desarrollo de los adolescentes tanto en los estudios de grado, antes de que accedan al ejercicio de la medicina, como en la formación profesional continua. Por consiguiente, es posible progresar a lo largo de este espectro de formación para garantizar el aprendizaje permanente. No ha sido un proceso fácil ni obvio, pero varios factores han contribuido a su éxito:

- el compromiso de los responsables universitarios de máximo nivel fue básico para lograr la aprobación oficial e integrar la asignatura de salud de la adolescencia en los estudios universitarios de desarrollo profesional continuo;
- el Centro Neovita de Recursos sobre Servicios de Salud Orientados a los Jóvenes funcionó como plataforma para las prácticas en la atención de salud a los adolescentes de los residentes y los profesionales;
- se impartió al profesorado de departamentos clave capacitación de vanguardia sobre salud de la adolescencia, a fin de fomentar su conciencia de que los adolescentes no son ni niños mayores ni adultos jóvenes;
- cada dos años se celebró un congreso nacional que reunió a los profesionales de la República de Moldavia que trabajan en pro de la salud de los adolescentes y los jóvenes (docentes, facultativos y responsables de elaborar políticas), permitiéndoles compartir adelantos científicos y programáticos;
- se prolongó el apoyo financiero del proyecto Healthy Generation – Scaling up Youth-Friendly Health Services in Moldova, financiado por la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, lo cual permitió mantener y ampliar las inversiones iniciales para formar la capacidad institucional de capacitación en salud de los adolescentes.

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación): Fuerza laboral competente en cuestiones de adolescencia

41. Generalizar la conciencia de la importancia de invertir en una fuerza laboral con competencias en cuestiones de adolescencia entre los actores clave: ministerios de salud, educación y juventud; agencia nacional de autorización y acreditación; órganos responsables de elaborar los programas de estudios; asociaciones profesionales, y otras organizaciones de la sociedad civil.
42. Definir las competencias básicas sobre salud y desarrollo de los adolescentes de acuerdo con la publicación de la OMS de Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria (408). Cuando sea pertinente, incluir las competencias para la salud de los adolescentes en la descripción de los puestos de trabajo y las políticas relacionadas con la capacidad de los recursos humanos.
43. Diseñar y poner en marcha programas de capacitación basados en competencias en la formación previa al servicio y la formación profesional continua. Como paso preliminar, evaluar la estructura, el contenido y la calidad del componente sobre adolescencia de los estudios previos al servicio que se imparten en las principales instituciones de enseñanza y capacitación, además de señalar las oportunidades de fortalecer dicho componente. Para este proceso, puede tomarse como base la herramienta de la OMS para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la educación previa al servicio (408).
44. Habilitar un mecanismo para consultar a los proveedores de atención de salud sobre sus necesidades de capacitación y formación en materia de atención de salud a los adolescentes y realizar actividades de capacitación a nivel nacional y subnacional que se ajusten a dichas necesidades. Facilitar el acceso de los profesionales a los cursos gratuitos en línea.
45. Elaborar y revisar materiales informativos y didácticos, protocolos asistenciales y otras herramientas para ayudar a tomar decisiones relativas a la atención de salud de los adolescentes.
46. Fortalecer la capacidad de los agentes sanitarios de la comunidad de llegar a los adolescentes, especialmente en los casos de abandono escolar, para poner a su alcance la educación y los servicios de salud.
47. Implantar un sistema constructivo de supervisión para la atención de salud a los adolescentes y ofrecer oportunidades de aprendizaje colaborativo como estrategia clave para mejorar el desempeño de los profesionales.

Fuentes: (301, 323, 408).

5.5.1.3.

Calidad de la prestación de servicios y potenciación de la cobertura a través de las plataformas de prestación

Hay varias iniciativas mundiales que instan a los países a priorizar la calidad como manera de reforzar los enfoques basados en los derechos a la salud (132). Sin embargo, como se ha constatado en los países de ingresos altos, medianos y bajos, los adolescentes se topan con grandes barreras para recibir una atención de calidad y los servicios para ellos a menudo están fragmentados o mal coordinados o son de calidad dispar (18, 301). Reconociendo los problemas, muchos países se han acercado a un enfoque fundamentado en normas para mejorar la calidad de la atención a los adolescentes (figura A5.3, anexo 5), aunque son pocos los que cuantifican el progreso realizado para ceñirse a dichas normas. Sin embargo, a fin de fundamentar la acción, se han realizado encuestas para medir la calidad de los servicios de salud para los adolescentes en Kirguistán, Malawi, República de Moldavia, Sudáfrica, Tayikistán, República Unida de Tanzania y Ucrania (301).

El estudio de caso A5.10 ilustra cómo se determinó la calidad de los servicios con unas normas nacionales en Kirguistán para definir las áreas que debían mejorarse y ayudar a los centros a conseguir una atención centrada en los adolescentes.

La programación del trabajo debe dirigirse a la introducción, la aplicación y el seguimiento de normas para evaluar la calidad de la atención a los adolescentes, a fin de reducir al mínimo la variabilidad, garantizar un nivel básico de calidad y proteger los derechos de los adolescentes (322). Además, debe procurarse que no sea una minoría privilegiada de adolescentes los que disfruten de los servicios, sino que estos también lleguen a los colectivos de adolescentes marginados.

Un aspecto fundamental en la programación nacional para la salud de los adolescentes es integrar los servicios al nivel de la prestación. Por ejemplo, integrar el tratamiento de la afección por la que acude el adolescente con una evaluación más amplia mediante la lista de verificación HEADSSS (hogar, educación y empleo, alimentación, actividades, drogas, sexualidad, seguridad, suicidio/depresión) puede generar un contexto propicio para una orientación previsoras y unas intervenciones preventivas (319).

En otro ejemplo, si se señalan como prioridades la vacunación contra el VPH y la eliminación de parásitos de la esquistosomiasis en el ejercicio de asignación de prioridades nacionales, podría plantearse la prestación simultánea de ambos servicios (301). Es importante integrar los servicios tanto para potenciar al máximo la eficiencia como para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de los adolescentes.

Áreas clave de la programación (continuación): Garantizar la alta calidad de los servicios de salud para los adolescentes

48. Desarrollar una noción compartida de la salud de los adolescentes y de la necesidad de mejorar la calidad de la atención de salud prestada a los adolescentes.
49. Elaborar y aplicar normas nacionales de calidad y sistemas de seguimiento de acuerdo con las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes de la OMS y del ONUSIDA (18, 323). Situar las mejoras de la calidad fundamentadas en las normas dentro de los programas nacionales de salud para los adolescentes, si existen, o dentro de las plataformas nacionales generales de mejora de la calidad.
50. Instaurar normas electrónicas para automatizar los procesos de recopilación y análisis de datos y mejorar la participación de los adolescentes, permitiéndoles expresar sus comentarios y valoraciones mediante las tecnologías de la información.
51. Establecer plataformas locales, subnacionales y nacionales de aprendizaje para la mejora de la calidad.

Fortalecer las plataformas de prestación de servicio que potencian la cobertura

52. Mejorar la capacidad de la atención primaria y especializada de ofrecer servicios integrados y centrados en los adolescentes (p. ej., capacitar a los profesionales en la realización de una evaluación con la lista HEADSSS para detectar problemas de salud y desarrollo distintos de los que refiere el adolescente; véase el cuadro A.3.2).
53. Reforzar los servicios de salud escolar (prestados en la escuela y vinculados con la escuela) para facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios preventivos y atajar con prontitud los problemas de salud evidentes. Véase el estudio de caso A5.11, de Marruecos, sobre los servicios de salud puestos en marcha por el Programa Nacional para la Salud Escolar y Universitaria.
54. Involucrar a los agentes sanitarios de la comunidad para que pongan al alcance de los adolescentes, especialmente en los casos de abandono escolar, la educación y los servicios sanitarios.
55. Establecer mecanismos para que las ONG participen formalmente en la prestación de servicios en nombre del Gobierno, a fin de fortalecer las plataformas comunitarias para la prestación de los servicios y de llegar a las poblaciones subatendidas de adolescentes. Véase el estudio de caso A5.12, de la India, sobre el programa de la ONG Madres, que ofrece servicios de salud reproductiva y maternoinfantil en distritos desfavorecidos.
56. Estudiar la posibilidad de ofrecer información y servicios a los adolescentes a través de las redes sociales y los medios digitales, por ejemplo: interacción personalizada, confidencial y anónima, líneas telefónicas de ayuda, envío de mensajes de texto para la educación sanitaria y el recordatorio de citas concertadas, la prescripción de medicamentos por internet y el pago de la medicación. Véase, como ejemplo, el estudio de caso A5.13, sobre los juegos de teléfono móvil para concientizar sobre la infección por el VIH y el sida en Asia y África.

Fuentes: (18, 324).

5. Programación nacional

5.5.1.4.

Datos desglosados por edades y sexos en los sistemas de gestión e información sanitaria

Los sistemas nacionales de gestión e información sanitaria no acostumbran a recoger datos específicos sobre la población adolescente y, en los casos en los que sí se hace en el nivel del establecimiento, los datos suelen combinarse con distintos grupos de edad al pasar al nivel distrital o nacional. No es habitual que haya datos sobre los adolescentes desglosados por edades y sexos en los países que más los necesitan, es decir, los que tienen grandes poblaciones adolescentes, elevadas cargas de morbilidad en la adolescencia e infraestructuras relativamente pobres. Así, no es posible conocer las experiencias particulares de los adolescentes, por ejemplo cuando se utilizan franjas etarias de 5-14 años y de 15-49

años. Con todo, hay otros puntos débiles aparte del desglose por edades y sexos. Los datos sobre los adolescentes jóvenes (10-14 años) provienen principalmente de los sistemas escolares, en los que pueden introducirse sesgos si el ausentismo es importante o si hay una escasa retención escolar. Los programas deben examinar todos los sistemas nacionales para la recopilación de datos de salud y encontrar mecanismos para incorporar el énfasis en los adolescentes, incluidos los más jóvenes y los que han abandonado la escuela. Lo ideal es que todos los datos se desglosen por sexos y por franjas etarias de 5 años hasta los 25 años de edad.

Áreas clave de la programación (continuación): Sistemas de gestión e información sanitaria

57. Precisar cuáles son los puntos débiles de los sistemas nacionales de recopilación de datos y corregirlos, realizando un examen de las fuentes y los mecanismos de recopilación de indicadores de repercusiones, resultados intermedios, resultados inmediatos, procesos e insumos (véase el capítulo 6).
58. Mejorar la capacidad de los institutos de estadística de ámbito nacional y subnacional para que informen periódicamente sobre la salud, el desarrollo y el bienestar de los adolescentes, desagregando los datos por edades y sexos. Como mínimo, los datos deben estratificarse por edades y por sexos y, cuando sea posible, por otras variables pertinentes, como el nivel de educación o el ámbito de residencia rural o urbana. Garantizar que esta información sea fácilmente consultable.
59. Adoptar un enfoque participativo en el seguimiento, para que los propios adolescentes participen en el diseño de los sistemas de seguimiento y evaluación, para conocer la perspectiva de los usuarios (sobre la calidad de servicio y la aplicación de las políticas) y para garantizar que haya mecanismos que permitan hacerse oír a los adolescentes más jóvenes (10-14 años).
60. Garantizar que los formularios de recopilación y notificación a nivel institucional permitan prestar atención específica a los adolescentes (incluidos los más jóvenes), a la utilización de los servicios según causas específicas y a la calidad de la atención dispensada (véase el recuadro 5.3).
61. Garantizar que los informes distritales y nacionales tienen en cuenta a los adolescentes (10-19 años) y prestan atención a la utilización de los servicios según causas específicas y a la calidad de la atención dispensada.
62. Promover la capacidad nacional de realizar encuestas estandarizadas sobre los comportamientos de los adolescentes y los determinantes sociales clave y realizarlas a intervalos periódicos. Como ejemplos cabe citar la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes y la Encuesta sobre el Comportamiento Saludable en Niños de Edad Escolar. Garantizar que haya sistemas de recopilación de datos sobre los adolescentes que no asisten a la escuela.
63. Promover la capacidad nacional de realizar encuestas estandarizadas para hacer un seguimiento de los insumos, los procesos y los resultados inmediatos dentro de los programas nacionales de salud escolar. Como ejemplos cabe citar el Estudio sobre Políticas y Prácticas de Salud Escolar y las encuestas con las herramientas FRESH (Concentración de Recursos en la Sanidad Escolar). Realizar dichas encuestas periódicamente.
64. Reforzar la disponibilidad de los datos y la información desglosada sobre la salud de los adolescentes, a fin de exponer las inequidades. Utilizar los datos para planificar acciones correctivas que aborden las inequidades.
65. Fortalecer la capacidad de realizar investigaciones cualitativas para comprender las causas profundas de las tendencias observadas (p. ej., en comportamientos relacionados con la salud o la utilización de servicios).
66. Sintetizar y divulgar el corpus de evidencias científicas para proceder a actuar.

Fuentes: (300, 323).

Recuadro 5.1. Desglose de los datos por edades y sexos en la notificación a nivel nacional

Varios países han comenzado a desglosar, por edades y por sexos, los datos que recopilan a nivel nacional en los sistemas ordinarios de gestión e información sanitarias; entre ellos se encuentran Argentina, El Salvador, Indonesia, Malawi, la República de Moldavia, Tayikistán y la República Unida de Tanzania. Los datos desglosados proporcionan un panorama anual de la utilización de los servicios por parte de los adolescentes y de los motivos que los llevan a utilizarlos. Desglosados, los datos son más oportunos y exigen menos recursos para su recopilación que los datos de encuestas domiciliarias, que solo suelen recogerse cada cuatro años, y que los datos escolares, que también se recogen con menor frecuencia. Las estadísticas de los centros de salud pueden realizar una contribución importante al seguimiento y el refuerzo de los servicios para los adolescentes. Sin embargo, puesto que los datos procedentes de los centros solo son representativos de los adolescentes atendidos, deben interpretarse con precaución.

En Argentina, hasta el 2010 la poca información sanitaria que había estaba fragmentada y faltaban datos. Los sistemas de información no consideraban la adolescencia una etapa de la vida, sino que los datos de los adolescentes se registraban dentro del grupo de niños hasta los 14 años y en el de adultos a partir de esa edad. Desde el 2010, el Departamento de Estadística e Informática del Ministerio de Salud publica un compendio de datos sanitarios de la población adolescente: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>

En este documento se presentan datos sobre las características sociodemográficas más importantes de la población adolescente, las principales causas de mortalidad y morbilidad, la cobertura dentro de los servicios de salud pública, los comportamientos relacionados con la salud y la utilización por causas específicas de los servicios hospitalarios

Fuentes: (301, 325).



©Palash Khatri

5. Programación nacional

5.5.2.

Programas específicos para los adolescentes dentro del sector de la salud

Influir en los procesos ordinarios de planificación estratégica y operativa de los sectores contribuye a garantizar resultados sostenibles a largo plazo. Sin embargo, es poco probable que produzca resultados inmediatos, especialmente si estas labores no se coordinan oficialmente dentro del ministerio de salud. Por tanto, algunos países han estimado necesario establecer programas nacionales específicos para la adolescencia.

A grandes rasgos, hay tres tipos de programas:

- Programas centrados en un único asunto (p. ej., vacunación contra el VPH, estudio de caso A5.14 del anexo 5).
- Programas que tienen un único asunto como eje principal pero que amplían el enfoque para responder al problema; por ejemplo, mejorar la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los adolescentes (como el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente de Nepal, estudio de caso A5.1 del anexo 5).
- Programas de alcance amplio que abordan diversos asuntos de forma integrada (estudio de caso 17). Algunos ejemplos son los programas nacionales de salud en la adolescencia que han instituido muchos países, como Chile (estudio de caso A5.15 del anexo 5), Costa Rica, Hungría, México, Filipinas, Portugal, Uruguay y Uzbekistán.

Para que haya continuidad en las iniciativas, es importante que se institucionalice el programa (recuadro 5.2).

Recuadro 5.2. Características de un programa institucionalizado de salud para los adolescentes

Un programa nacional de salud en la adolescencia es un conjunto integral, planificado y ordenado de estrategias, actividades y servicios diseñados para alcanzar objetivos y metas bien definidos. A menudo se usan indistintamente los términos "proyecto", "iniciativa" y "programa". Las iniciativas y proyectos pequeños que funcionan pueden madurar y convertirse en programas nacionales (véase, p. ej., el estudio de caso A5.1, de Nepal, donde los proyectos de salud sexual y reproductiva se convirtieron en un programa nacional para la adolescencia). El presente documento se centra en los programas institucionalizados de salud en la adolescencia.

Como características comunes, los programas institucionalizados:

- incluyen una declaración política sobre las medidas del programa, a fin de sustentarlas;
- están contempladas como una partida permanente dentro del presupuesto del departamento de salud o de educación;
- ocupan un lugar en el organigrama de la institución;
- disponen de personal permanente asignado a funciones específicas del programa (p. ej., coordinadores nacionales, subnacionales y locales);
- cuentan con descripciones que incluyen funciones de prevención y nivel de esfuerzo;
- cuentan con establecimientos y equipos para las actividades del programa;
- incluyen una memoria institucional para los acuerdos importantes.

Como ejemplos de programas que reúnen estas características, se pueden destacar: el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en Argentina (estudio de caso 17); el programa de servicios de salud escolar, en los Estados Unidos (estudio de caso A5.2), y los programas de salud escolar de Rwanda y de Portugal (estudios de caso 18 y A5.3.).

Fuente: (326).

Estudio de caso 17

Argentina: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Argentina introdujo en el 2007 el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), gestionado por un equipo interdisciplinario de 15 personas (13 funcionarios técnicos, incluido el coordinador nacional y dos administrativos) y los 24 distritos tienen un coordinador provincial. En el 2016, se constituyó un consejo asesor y están haciéndose planes para incluir a las organizaciones de jóvenes en la gobernanza del programa.

Los fondos para el PNSIA proceden del presupuesto de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. En el 2016, contó con el equivalente de US\$ 440 000. Se trata de un presupuesto para actividades que no incluye la remuneración de los recursos humanos.

El PNSIA persigue los siguientes objetivos:

- lograr la cobertura universal de salud mediante el acceso a los servicios esenciales de atención de calidad, a los medicamentos y a las vacunas;
- promover la salud holística de los adolescentes fomentando los hábitos saludables, brindando apoyo a la planificación de proyectos de vida e incorporando perspectivas de género en el sistema de salud, y
- mejorar la salud en la adolescencia mediante las siguientes acciones: reducción de la morbilidad materna en la adolescencia; reducción de los embarazos precoces; reducción de la morbilidad por causas externas (accidentes, lesiones no intencionales, suicidios y homicidios), y reducción del consumo problemático de bebidas alcohólicas y otras sustancias.

Las estrategias de ejecución del PNSIA consisten en: facilitar la implantación de programas provinciales; fortalecer los sistemas de gestión e información sanitarias; mejorar la capacidad de los recursos humanos y los servicios de atención de salud para los adolescentes; establecer mecanismos de protección de los adolescentes ante los riesgos financieros, y garantizar la participación de los adolescentes en el diseño de los programas y las actividades.

En el 2007, cuando se instituyó el programa, solo cinco territorios tenían un programa provincial de salud en la adolescencia. Por la estructura federal del sistema de salud de Argentina, una de las grandes prioridades del PNSIA fue alentar a las provincias a que pusieran en marcha programas locales para contribuir a los objetivos. En la actualidad, 23 de las 24 divisiones territoriales de Argentina disponen de un programa provincial y un coordinador responsable, que constituyen la Red Nacional de Salud en la Adolescencia. Para fortalecer esta red y formar la capacidad del personal, los coordinadores provinciales se reúnen tres veces al año. En estas reuniones, se comparten experiencias y se difunden las prácticas adecuadas, se imparte capacitación en determinados temas de salud de los adolescentes y se acuerdan las directrices técnicas y gerenciales. Gracias a esta inversión en la capacidad de los coordinadores provinciales, han logrado introducir firmemente en los ministerios provinciales la causa de la salud de la adolescencia. A pesar de los cambios políti-

cos en las provincias y de que algunos coordinadores han sido sustituidos, la red se ha mantenido relativamente estable y se ha dado continuidad a las iniciativas provinciales.

En toda Argentina, se han abierto más de 250 espacios adaptados a los adolescentes dentro de los establecimientos de salud en los niveles de atención primaria y especializada. Cabe señalar que estos espacios están distribuidos en diferentes ubicaciones de todo el país. Además, se ha ampliado la formación profesional continua y las oportunidades de capacitación en atención a los adolescentes a nivel nacional y provincial, incluida la educación a distancia. Por último, se ha incorporado la capacitación en salud de la adolescencia en los cursos de residencia de pediatría y medicina general.

Entre los principales logros del PNSIA, destaca la mejora de los sistemas de gestión e información sanitarias para reflejar la población adolescente (véase el recuadro 5.1) y la protección ante los riesgos financieros. En el 2012, el Ministerio de Salud de la Nación integró el PNSIA con el Programa SUMAR.

El Programa SUMAR financia la cobertura de una cartera esencial de prestaciones que incluye:

- revisión general de salud y derivación a especialistas;
- consultas ginecológicas (incluida la colocación y la retirada de dispositivo intrauterino [DIU]);
- revisión odontológica y oftalmológica;
- seguimiento de trastornos nutricionales y asma;
- test de embarazo totalmente confidencial;
- vacunas contra la hepatitis B, el VPH y la gripe (para adolescentes con factores de riesgo) y todas las indicadas por el calendario nacional;
- orientación sobre salud sexual;
- consulta de salud mental;
- atención urgente a los intentos de suicidio y a las víctimas de la violencia sexual, y
- talleres de promoción de la salud para adolescentes, en diferentes emplazamientos.

El Programa SUMAR ha realizado contribuciones sustanciales para mejorar la cobertura para los adolescentes. A principios del 2017, casi 3 millones de adolescentes gozaban de una cobertura eficaz proporcionada en su totalidad por el sistema público. En el 2014, 958 648 adolescentes pasaron al menos una revisión médica acorde con los requisitos nacionales de calidad, mientras que en el 2015 fueron 840 828.

Estos dos programas nacionales también se encuentran plenamente integrados con otras políticas sociales, como el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la asignación universal por hijo. Esta última es una suma de dinero (condicionada a requisitos como la asistencia a la escuela, las revisiones médicas generales y las vacunaciones) que perciben las familias en situación de desempleo con hijos menores de 18 años a su cargo.

5. Programación nacional

Tal como se explica en la sección 5.1, los programas del sector de la salud rara vez se aplican con independencia de otros sectores. Por ejemplo, en Argentina, el PNSIA lo dirige el Ministerio de Salud (estudio de caso 17), pero las actividades se llevan a cabo

en colaboración con los sectores de educación, justicia y desarrollo social. Las áreas clave 4-68 de programación deben sentar las bases de las acciones para introducir programas de salud para los adolescentes o fortalecer los que ya existen.

5.6.

Programación con otros sectores para abordar los determinantes más amplios de la salud

5.6.1.

Inclusión de la salud de los adolescentes en todas las políticas

Al igual que en el sector de la salud, otros sectores tienen que normalizar la atención a las necesidades específicas de los adolescentes en todas las esferas de su quehacer, lo cual se denomina “enfoque de salud de los adolescentes en todas las políticas” (véase el recuadro 5.3).

Recuadro 5.3. Salud de los adolescentes en todas las políticas

El enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas” (AHiAP, por sus siglas en inglés) consiste en tener en cuenta sistemáticamente, en todas las políticas públicas de diferentes sectores, las implicaciones que tienen las decisiones sobre la salud de los adolescentes, evitar efectos perjudiciales y perseguir sinergias, a fin de mejorar la salud en la adolescencia y la equidad en salud (292, 327). Se trata de una estrategia que facilita la formulación de políticas públicas adaptadas a los adolescentes en los sectores

diferentes del de salud (328). La planificación estratégica y operativa dentro de los sectores clave (educación, familia y asuntos sociales, ocio y deporte, transporte, alimentación y agricultura) debe contar con la participación de expertos del sector de la salud, procurando que se preste la debida atención a la inclusión de políticas e intervenciones de demostrada eficacia para mejorar la salud de los adolescentes, tanto en su diseño como en su puesta en práctica.

Con este enfoque, aunque la responsabilidad de la ejecución recae sobre otros sectores, el sector de la salud desempeña un papel importante ya que debe concientizar, movilizar y prestar asistencia técnica a los demás sectores (véanse las áreas clave de programación 69-71). Debe buscar proactivamente oportunidades de influir en la planificación estratégica y operativa ordinaria de los sectores clave (292). Por ejemplo, mediante la planificación estratégica, el sector de la educación puede ajustar sus inversiones, en respuesta a la evolución de los mercados laborales y de las demandas educativas de la sociedad (329), lo cual representa una oportunidad para que el sector de la salud garantice que las

políticas educativas modificadas tengan en cuenta las implicaciones para los adolescentes. Por consiguiente, debe haber una estructura de gobernanza y mecanismos de coordinación (véanse las áreas clave de programación 1 y 2) para facilitar esta última (295, 331).

Muchos de los aspectos prácticos de la planificación y administración de un programa intersectorial que se describen en la sección 5.6.1 (recuadro 5.4) también conciernen a la colaboración entre los sectores de la salud y otros sectores en el enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas”.

Áreas clave de la programación (continuación):

Salud de los adolescentes en todas las políticas: El sector de la salud

67. Crear plataformas para que el ministerio de salud participe de los ciclos de planificación en la formulación de planes de otros sectores a largo, medio y corto plazo, dedicando la debida consideración a las necesidades de salud de los adolescentes (véase el área clave de programación 2c). La colaboración debe ser recíproca, para que otros sectores pertinentes también participen en la elaboración de los planes de salud.
68. Apoyar el enfoque de “salud de los adolescentes en todas las políticas” con actividades conjuntas en todas las etapas de la planificación estratégica de los otros sectores, desde el análisis del panorama y las necesidades hasta la formulación de políticas, la preparación de planes y la evaluación de las políticas clave. Véase el estudio de caso A5.16, sobre la utilización estratégica de la información del sector de la salud para mejorar la vigilancia policial en la ciudad galesa de Cardiff. En particular, el sector de la salud puede realizar lo siguiente:
 - a. Trabajar con los legisladores para que se adopten y se pongan en práctica las leyes y las políticas recomendadas en el capítulo 3 (imposición de una edad mínima para la adquisición o el consumo de bebidas alcohólicas, regulación de la publicidad de productos poco saludables, etc.).
 - b. Utilizar herramientas y procesos como la evaluación de las repercusiones sanitarias (332) para describir los efectos de las políticas de un sector (incluidas las posibles consecuencias colaterales) sobre la salud de los adolescentes y la equidad, comunicándolos a todos los interesados y al público y apoyando al sector pertinente para que intervenga a fin de abordarlos. Recaltar las posibles consecuencias de la inacción para la salud de los adolescentes.
 - c. Ayudar al sector para que realice las evaluaciones basadas en las necesidades de los adolescentes, incluidas las relacionadas con los cambios de hábitos y costumbres, la alimentación y otros determinantes de la salud relacionados con el mandato del sector.
 - d. Trabajar con el ministerio pertinente para elaborar políticas, pautas, normas y recomendaciones basadas en la evidencia sobre las áreas del mandato del sector que repercutan directamente sobre la salud de los adolescentes. Según corresponda, garantizar que se planifica y se materializa la prestación de servicios integrados en distintos sectores (p. ej., el apoyo a los estudiantes con trastornos crónicos en instituciones de enseñanza).
 - e. Respaldar acciones para lograr una fuerza laboral de salud pública con competencias en materia de adolescencia en los sectores clave (p. ej., educación o justicia penal), ofreciendo capacitación y asistencia para abordar nuevos fenómenos.
 - f. Movilizar asociaciones regionales y locales para definir y abordar problemas de salud pública que influyen en la acción de otros sectores, por ejemplo, fortalecer coaliciones de profesionales (de salud pública, medio ambiente, nutrición, epidemiología de enfermedades crónicas, ciencias sociales y conductuales, etc.) para que colaboren en la promoción de la causa y la formulación de políticas de salud de los adolescentes.

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación):

El sector de la educación (19, 310, 326, 333, 334)

69. Mejorar los equipamientos del sistema educativo y reducir la exposición a los riesgos ambientales garantizando el cumplimiento de unas normas mínimas para el diseño de las instalaciones (p. ej., materiales de construcción sólidos y seguros; impermeabilización; aislamiento térmico; iluminación; energías limpias; ventilación; instalaciones sanitarias) y la disponibilidad de saneamiento y agua potable.
70. Garantizar las condiciones adecuadas para la higiene menstrual, como la instalación de baños separados por sexos, dotados de traba o pestillo y con agua y jabón para lavarse, así como un espacio privado al aire libre para colgar a secar los paños menstruales o una cuba cerrada o incinerador para las compresas usadas.
71. Promover el conocimiento de los docentes sobre cuestiones de salud de los adolescentes, mediante las oportunidades formativas previas a la entrada en servicio y la formación continua. Véase el estudio de caso A5.17, que explica cómo se ayudó a los docentes a comprender mejor la salud mental con el programa HeadStrong, profundizando su conocimiento sobre estas cuestiones y reduciendo la estigmatización.
72. Participar en programas para mejorar el acceso a la salud y la educación, por ejemplo, las prestaciones dinerarias, condicionadas o no.
73. Respalidar las políticas para mejorar la escolarización de las niñas con, entre otras medidas, adoptando una estrategia integrada para eliminar barreras culturales y de género; destinando a los docentes a zonas remotas donde las desigualdades en la escolaridad entre niños y niñas sean más ostensibles, y aumentando el número de mujeres docentes.
74. Ofrecer educación a los menores de difícil acceso y colaborar con los profesionales de la salud en el diseño y la prestación de las actividades educativas.
75. Atender las necesidades de los estudiantes con trastornos crónicos y discapacidades, por ejemplo, adaptando los edificios y las aulas a sus necesidades especiales; creando ambientes inclusivos y propicios para el aprendizaje, y fortaleciendo los nexos con los servicios de salud para el diagnóstico y las intervenciones precoces.
76. Colaborar con las autoridades locales para establecer programas saludables de comida en la escuela (véase el estudio de caso A3.2, sobre el programa nacional de Suecia para ofrecer alimentación en la escuela a todos los alumnos).
77. Elaborar planes de estudios que promuevan los conocimientos sobre la salud; abordar la homofobia y el estigma relacionado con el VIH y la violencia de género, e incorporar la educación integral sobre sexualidad y aptitudes para la vida. Fomentar los enfoques de desarrollo positivo para mejorar la autoestima, con intervenciones didácticas, con una gobernanza participativa y con el compromiso de la comunidad en general.
78. Planificar y llevar a la práctica desde el sector de la educación una respuesta integral ante los embarazos precoces y no deseados, ayudando a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes a no abandonar los estudios o a retomarlos. Para ello, hace falta: incluir intervenciones en el programa académico; erradicar las normas y las prácticas que comporten la expulsión o la exclusión de las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes; promover un ambiente escolar seguro, sin violencia de género, estigmatización, discriminación ni intimidación contra las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes; garantizar un entorno propicio para las madres adolescentes, con instrucciones o clases para la crianza, espacios para la lactancia materna y orientación; trabajar con los maestros y los directores de las escuelas para garantizar el apoyo a las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes, y facilitar y promover los nexos entre la escuela y los servicios de salud adaptados a los adolescentes, tanto dentro como fuera del sector de la salud.
79. Planificar y llevar a la práctica desde el sector de la educación una respuesta integral ante el consumo de sustancias psicoactivas. La guía *Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs* (326) describe intervenciones y actuaciones que tienen base empírica y que pueden surtir efectos positivos, aportando ejemplos prácticos de diferentes regiones que ilustran las respuestas del sector de la educación al consumo de sustancias psicoactivas.
80. Instituir modelos de “extensión escolar” para mejorar las condiciones sociofamiliares que propicien el éxito de la escolaridad, ofreciendo diferentes servicios sociales y de apoyo a los alumnos, las familias y las comunidades, con acciones como las siguientes:
 - a) colaboración con las autoridades sanitarias y otros entes sociales para prestar servicios de salud, orientación familiar y capacitación para los padres;
 - b) visitas con la familia o capacitación en la escuela para tratar los problemas de salud, como los problemas de sueño, alimentación y conducta, y
 - c) actividades de extensión conjuntas con el sector de la salud para aumentar los conocimientos sobre la salud y las aptitudes para la crianza de los hijos.
81. Realizar un seguimiento de la calidad de los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar, con las herramientas y los recursos disponibles (véase el recuadro A3.1.2, en el que se enumeran los recursos).
82. Poner en práctica políticas para garantizar que se tenga en cuenta la totalidad del ciclo vital en la educación, reconociendo la importancia de las intervenciones sobre el desarrollo en la primera infancia para mejorar la salud y la equidad a largo plazo.

Áreas clave de la programación (continuación): El sector de la protección social (335)

83. Poner en práctica programas condicionados y no condicionados de prestaciones dinerarias para incentivar determinados hábitos saludables (p. ej., nutrición, asistencia a la escuela, reconocimientos médicos generales y vacunaciones). Diseñar intervenciones que incidan en el lado de la demanda, para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, que pueden consistir en el reembolso de los honorarios abonados por los servicios y de los gastos de desplazamiento.
84. Incrementar la portabilidad de las prestaciones sociales para que la cobertura de salud se adapte mejor a las necesidades de las poblaciones de adolescentes mayores y adultos jóvenes, que son cada vez más móviles y que también pueden cambiar más a menudo de trabajo.
85. Adaptar las intervenciones de salud y nutrición a las necesidades propias del desarrollo de los adolescentes a las diversas edades, por ejemplo, verificar que las prestaciones en especie para mejorar la alimentación tengan en cuenta la ingesta calorífica recomendada para los niños y niñas adolescentes.
86. Contribuir al diseño, la puesta en práctica y la evaluación de las políticas de promoción de la ocupación en la juventud, ofreciendo a los jóvenes desempleados oportunidades de reciclaje y asistencia en la búsqueda de trabajo, así como esquemas de protección económica para que el desempleo no afecte desproporionalmente a los adultos jóvenes.
87. Poner en marcha, en colaboración con el sector de la educación, programas para los adolescentes obligados a trabajar por circunstancias familiares que les ayuden a reanudar los estudios.
88. Entablar alianzas público-privadas para combatir el trabajo infantil en los países donde trabajan muchos menores (p. ej., en la agricultura), mejorando la coordinación con los comités nacionales de trabajo infantil y fomentando el desarrollo y la ampliación de sistemas comunitarios de vigilancia.

Telecomunicaciones (22, 336)

89. Trabajar con los legisladores para garantizar que los cuerpos de seguridad y demás entes pertinentes posean todas las atribuciones legales necesarias para proteger a los menores de 18 años en todas las plataformas que operan en línea.
90. Trabajar con todos los interesados directos para formular una estrategia nacional de protección de los menores en la internet. Véase el cuadro A3.3, en el que se describen las áreas clave que deben tenerse en cuenta al respecto (22).
91. Comprobar que las empresas que desarrollan, proporcionan o utilizan las telecomunicaciones y las actividades relacionadas con la entrega de sus productos y la prestación de sus servicios respetan las directrices recomendadas para la industria (336); estas empresas deben: adoptar las medidas adecuadas para integrar las consideraciones relativas a los derechos de los menores en todas sus políticas y procesos de gestión empresarial; desarrollar procesos normalizados para gestionar el material relacionado con el abuso sexual de menores; generar un entorno internautico libre de riesgos y adecuado a la edad de los usuarios; educar a los menores, a los padres y a los docentes acerca de la seguridad del menor y de la utilización responsable de las tecnologías de la información y de la comunicación por parte de los menores, y promover la tecnología digital como una modalidad para reforzar el compromiso cívico.

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación):

El sector de la red viaria y el transporte (337)

92. Garantizar el cumplimiento de la normativa del uso del casco y del cinturón de seguridad.
93. Instaurar la concesión de licencias de conducción graduales.
94. Adaptar los límites de alcoholemia a la edad de los conductores.
95. Promover el transporte activo (p. ej., vías para peatones y bicicletas) entre los barrios residenciales y las escuelas.
96. Promover medidas especiales de seguridad vial en las inmediaciones de las escuelas y áreas de recreo infantil. Señalar las oportunidades de moderación de la velocidad y aumentar el número de badenes en las inmediaciones de las escuelas y áreas de recreo, a fin de reducir las velocidades y mejorar el entorno para los peatones y ciclistas.
97. Garantizar que los precios del transporte para los adolescentes no afecten negativamente a su acceso a las escuelas y a los servicios sociales y de salud.
98. Mitigar los efectos negativos para la salud que puede comportar la expansión de la infraestructura viaria, por ejemplo al menguar las áreas de recreo y deporte para los adolescentes. Colaborar con el sector de la salud para analizar los proyectos infraestructurales y prevenir, prevenir o mitigar su repercusión negativa sobre la salud de los adolescentes. Respaldar y facilitar que se consulte a las comunidades para evaluar las necesidades de los adolescentes, en particular de los grupos vulnerables o excluidos (p. ej., los adolescentes con movilidad limitada).

El sector de la vivienda y urbanismo (338)

99. Prever las necesidades de los adolescentes en los planes rectores de urbanismo (p. ej., áreas de recreo seguras o ciclovías hasta las escuelas) para la configuración de los edificios, del tránsito, de las infraestructuras públicas y del uso del suelo. Permitir que los adolescentes tengan voz en la formulación de dichos planes.
100. Incrementar los espacios verdes alrededor de las escuelas para proporcionar sombra y mejorar la calidad del aire.
101. Prevenir la delincuencia mediante el diseño ambiental, planificando entornos físicos que mejoren la apertura y promuevan la interacción social. Llevar a cabo iniciativas para prevenir la degradación del entorno urbano, que puede propiciar la delincuencia menor y el deterioro de los espacios públicos (véase el estudio de caso A5.7, que explica cómo se redujo la violencia juvenil en la ciudad colombiana de Medellín acercando el transporte público a la clase urbana pobre).
102. En caso de desahucio, evaluar las repercusiones negativas para los adolescentes y garantizar que los planes de reubicación tengan en cuenta sus derechos a la educación y a gozar de actividades de ocio sin riesgos.

Áreas clave de la programación (continuación):

El sector de la energía (114, 339)

103. Garantizar el acceso a la energía eficiente y limpia (es decir, no contaminante) en los hogares, las escuelas y los centros de salud.
104. Respalda las iniciativas para implantar el transporte público de bajo consumo energético y vías para bicicletas y peatones.
105. Respalda o defender las medidas para paliar la pobreza energética de las mujeres y las niñas, incluido el suministro de combustibles adecuados y limpios para cocina, calefacción e iluminación en los hogares de bajos ingresos. Divulgar información sobre la instalación, el manejo y el mantenimiento de fogones mejoradas.

El sector del medio ambiente (114)

106. Promover programas de etiquetado ecológico como garantía de que el producto ha sido fabricado según las normas medioambientales reconocidas y promover el conocimiento de los adolescentes sobre el etiquetado ecológico.
107. Colaborar con los ministerios de salud y educación para integrar las costumbres sostenibles (p. ej., los cambios de hábitos para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero).
108. Respalda la identificación de las fuentes de contaminación y defender ante las autoridades de urbanismo la ubicación de las residencias, escuelas y hospitales lejos de las vías más contaminadas por la circulación de vehículos.
109. Formular estrategias dirigidas a prevenir la mala salud y las enfermedades causadas a lo largo de toda la vida por productos químicos, con estrategias específicas para la salud de los niños y los adolescentes.
110. Adoptar medidas de gestión medioambiental de los recursos hídricos en las áreas donde la esquistosomiasis sea endémica, para proteger a los menores vulnerables (niños y adolescentes que nadan en aguas contaminadas).
111. Suministrar información a los consumidores sobre los riesgos ambientales que más afectan al país o a la región.

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación):

El sistema de justicia penal (340, 342)

112. Ofrecer orientación y capacitación a los agentes de policía de primera línea para que aprendan a reconocer las diferentes formas de violencia contra los adolescentes y detecten las señales de riesgo para los adolescentes o las víctimas de la violencia.
113. Habilitar mecanismos de detección y denuncia de los incidentes de violencia contra los niños y los adolescentes, imponiendo por ley la obligación de los profesionales que están en contacto con ellos sistemáticamente (p. ej., médicos, enfermeras y docentes) de denunciar a las autoridades toda sospecha de violencia o riesgo de violencia contra un menor.
114. Promulgar legislación para facilitar la detección y la investigación de la pornografía infantil.
115. Ofrecer equipamientos y servicios para los menores que necesiten amparo y atención eventual en un lugar seguro, en espera de que se determine la situación que sea más conveniente para ellos.
116. Cuando sea necesario que los adolescentes que han sufrido violencia intervengan en el proceso judicial, adoptar las medidas oportunas para no ocasionarles más sufrimiento ni traumatizarlos.
117. Promover el restablecimiento psíquico y físico de las víctimas y su reintegración social mediante una unidad integral y multidisciplinaria especializada, que promueva la coordinación y cooperación entre la justicia penal y los sectores de protección a la infancia, salud, educación y servicios sociales, permitiéndoles responder de forma ágil y competente a las necesidades médicas, psicológicas, sociales y jurídicas de los adolescentes que han sufrido violencia y protegiendo al mismo tiempo su intimidad.
118. Ofrecer capacitación, políticas operativas, herramientas de orientación y supervisión eficaz para que todas las investigaciones (incluida la recogida de pruebas) se realicen con sensibilidad hacia los adolescentes y con respeto por su dignidad e integridad.
119. Introducir procedimientos especiales para los adolescentes, como los siguientes: salas de entrevistas diseñadas para los menores; servicios interdisciplinarios para los menores que han sufrido violencia; agrupación física de los servicios para facilitar el acceso a los mismos; modificación de las salas de vistas para proteger a los menores que testifiquen; pausas durante la declaración de los menores; programación de las audiencias en horarios apropiados para la edad y la madurez de los menores; sistema adecuado de citación para que los menores comparezcan en sede judicial únicamente cuando sea estrictamente necesario, y otras medidas oportunas para facilitar las pruebas testificales con menores.
120. Adoptar medidas para que la privación de libertad se imponga solo como último recurso y durante el período más corto que resulte apropiado, posibilitando que se apliquen otras penas como: órdenes de guarda y tutela, orientación o supervisión; asesoramiento; libertad condicional; medidas de acogida; programas de educación y formación profesional, y otras alternativas al régimen de internamiento.
121. Ofrecer capacitación basada en competencias para los profesionales de la justicia penal sobre la atención adecuada de los menores que son víctimas de la violencia, tomando en consideración las cuestiones de género.
122. Adoptar medidas para prevenir y responder a la violencia contra los menores en los centros de detención, como: prevenir el hacinamiento; separar a los menores de los adultos y a los niños de las niñas, y garantizar que todos los centros de detención adopten y apliquen normas, procedimientos y prácticas sensibles a los menores, vigilando que se cumplan escrupulosamente.
123. Prohibir y prevenir en la práctica los castigos físicos como medida disciplinaria y adoptar normas y procedimientos disciplinarios claros y transparentes que promuevan formas de disciplina positivas y educativas.
124. Adoptar medidas para eliminar el riesgo de toda forma de acoso, violencia y discriminación contra las niñas en los centros de detención, garantizando que se tienen en cuenta las necesidades y vulnerabilidades especiales de las niñas en todas las decisiones que las conciernan.
125. Instaurar mecanismos accesibles y eficientes para que los menores que sufren violencia puedan denunciar a la justicia con garantías de protección y confidencialidad.
126. Emplear, en las instituciones penitenciarias que alojen a mujeres o a personas jóvenes, a profesionales de salud que sean sensibles a las particularidades de los adolescentes.
127. Ofrecer programas de tratamiento para los agresores juveniles dentro del sistema de justicia penal, con intervenciones de orientación y formación de aptitudes (incluidas las de tipo cognitivo-conductual).

Fuentes: (11, 45, 106, 300, 301, 310, 311, 332, 333, 335, 337-340, 342, 343).

5.6.2.

Programas intersectoriales

Patton y colaboradores señalan que los resultados más notables para la salud y el bienestar de los adolescentes se consiguen cuando las acciones son intersectoriales, se desarrollan a varios niveles y constan de varios componentes (55). A diferencia de los programas en los que interviene un solo sector, las acciones intersectoriales requieren políticas públicas que atañen a dos ministerios, como mínimo, los cuales desempeñan diferentes funciones para una finalidad acordada. Tales colaboraciones son mucho más complicadas que la mera inclusión de otros sectores en la puesta en práctica de programas mediante el intercambio de información, la coordinación o la cooperación. Los programas intersectoriales requieren que la acción esté integrada entre los sectores, que la

nueva política o programa se defina junto con los otros sectores y que se compartan los recursos, las responsabilidades y las acciones relacionadas. Todo ello exige que haya solidaridad y que se divida el poder, en pos de una meta social común y no de objetivos sectoriales particulares (106). No es fácil entablar programas intersectoriales para la salud de los adolescentes, al igual que en otras áreas. Para potenciar al máximo su eficacia, tienen que incluir al Gobierno nacional y, más especialmente si cabe, al Gobierno local, para lo cual hacen falta mecanismos sólidos de gobernanza, como los descritos en las áreas clave de programación 1 y 2, que faciliten la coordinación entre los sectores y los ministerios.

5.6.2.1.

Consideraciones prácticas para planificar y gestionar la acción intersectorial

Los problemas que requieren acción intersectorial generalmente son los más complejos (p. ej., el embarazo de las adolescentes, la violencia juvenil, las lesiones y el suicidio). En muchos lugares, la idea de que es posible prevenir dichos problemas y de que no son accidentes inevitables probablemente sea una novedad.

Por lo tanto, es importante sentar las bases humanas e institucionales necesarias para la acción intersectorial incluso antes de poner en marcha un programa oficial (176), algo que puede hacerse sistemáticamente (recuadro 5.4).

Recuadro 5.4. Consideraciones prácticas en la planificación y gestión de un programa intersectorial

Concientizar sobre la magnitud del problema y sobre la posibilidad de prevenirlo. Dado que los ministerios de salud, tanto a nivel nacional como local, generan gran parte de los datos disponibles sobre cuestiones como la violencia juvenil, las conductas autolesivas, el embarazo de las adolescentes y la desnutrición, y supervisan el tratamiento de una proporción considerable de las víctimas, están bien situados para realizar campañas destinadas a que se preste más atención a estos problemas. En general hay que concientizar en tres grandes áreas: en el ministerio de salud y los equipos distritales de gestión sanitaria, en otros sectores y en el público. Véase el ejemplo del Brasil, donde los datos del Ministerio de Salud sobre el notable aumento de la mortalidad por accidentes de tránsito propiciaron un cambio legislativo (estudio de caso A3.6).

Aclarar el marco político que preceptúa o permite la acción intersectorial sobre el asunto en cuestión. Señalar los documentos políticos (como estrategias y planes de acción nacionales) que estipulan que distintos sectores actúen conjuntamente para abordar el problema o que son importantes para garantizar la buena planificación, coordinación y ejecución de la acción intersectorial.

Invertir en consultas con diferentes sectores y en fundar una visión común entre los interesados directos. Precisar quiénes son los responsables del asunto en cuestión en los otros sectores y organizar una reunión oficiosa con otros sectores clave. Intercambiar información acerca del trabajo actual y de las metas fijadas, señalar los intereses comunes y establecer un mecanismo para intercambiar información regularmente.

Cobrar conciencia de los obstáculos habituales y tomar medidas correctivas en previsión. La colaboración con otros sectores entraña dificultades comunicativas particulares, como la falta de comprensión de las agendas políticas y de los imperativos administrativos de otros sectores o las diferencias discursivas entre los sectores a la hora de enmarcar sus prioridades y objetivos, pero también hay barreras estructurales; por ejemplo, quizá sea difícil alinear las asignaciones presupuestarias dentro de cada sector con las partidas necesarias para la acción intersectorial. Para ser eficaz, la acción intersectorial tiene que prever estas barreras (véase el recuadro A5.2, que presenta una lista de verificación de impedimentos actitudinales y estructurales) y contemplar medidas correctivas. En el recuadro A5.3 se describen las dificultades particulares para los programas de salud sexual y reproductiva del adolescente en los países de ingresos bajos y medianos.

5. Programación nacional

Recuadro 5.4. Consideraciones prácticas en la planificación y gestión de un programa intersectorial (continuación)

Entablar una colaboración oficial con una estructura clara de gobernanza y un mandato al más alto nivel del gobierno, en la que estén bien representados los adolescentes y la comunidad (véase el estudio de caso A5.18, sobre la estrategia escocesa de embarazo y paternidad juveniles).

Nombrar a un coordinador nacional, con un mandato al nivel más alto del gobierno, que se responsabilice del desarrollo general del programa y colabore con las organizaciones locales y nacionales. Elaborar y acordar las atribuciones de dicho coordinador y de todos los órganos involucrados. Las personas y entidades involucradas tienen que tener la potestad y la flexibilidad para poder tomar decisiones conjuntas. Es fundamental que haya constancia en la participación y el compromiso y que quede claro quiénes son los colaboradores y los interesados directos, cuántos son y cuáles son sus funciones y obligaciones.

Valorar la posibilidad de constituir un comité consultivo independiente. A partir de los informes anuales sobre los progresos realizados, contar con dicho comité permitiría el escrutinio independiente del avance y señalaría asuntos que no estén recibiendo suficiente atención por parte de los sectores involucrados.

Invertir desde el principio en la capacidad organizativa.

En un programa bien diseñado, se alcanza y se forma la capacidad de una amplia variedad de profesionales de la salud, gestores de programas y responsables de elaborar políticas, para ayudarles en la formulación de los planes locales, la prestación de los servicios y la investigación. Se elaboran materiales de orientación y manuales para ayudarles en la aplicación del programa a nivel local y para facilitar la fidelidad en la puesta en práctica. Las principales áreas en las que pueden necesitarse dichos recursos son: participación de las comunidades y de la juventud; planificación distrital; colaboración entre las diferentes disciplinas y sectores de la administración del Estado; colaboraciones entre el público, la investigación y la práctica; indicadores y medidas centrales, y problemas de salud específicos. Además, se colabora con los centros de investigación y las instituciones nacionales clave, aprovechando sus recursos, para diseñar intervenciones y estudiar cómo llevarlas a la práctica. También se promueve la capacidad básica de

otros programas en curso para la salud y el desarrollo de los adolescentes (p. ej., programas nacionales de salud mental y de prevención del VIH).

Garantizar el financiamiento. Debe disponerse de financiamiento discrecional para las actividades nacionales, subnacionales y locales y mantenerse mientras dure el programa. Deben asignarse fondos a áreas locales, en forma de subvenciones para poner en marcha los programas y contratos supeditados a ciertas condiciones, como el nombramiento de coordinadores locales y la elaboración de planes locales (en los estudios de caso 14 y A5.2, de los Estados Unidos, se ilustra cómo condicionar la concesión de fondos estatales a la presentación de un plan de servicios locales, redactado y aprobado a nivel de distrito).

Crear un mecanismo de revisión. Este mecanismo debe nutrirse de la recopilación sistemática de datos a través del sistema de información y debe permitir que se modifique la respuesta de los sectores interesados, según sea necesario, a intervalos periódicos. Se debe prestar apoyo continuo al seguimiento, la mejora de la calidad y la evaluación rigurosa de las intervenciones y las políticas.

Planificar la sostenibilidad a largo plazo desde el principio, en caso de que el programa se concibiese como un proyecto local con la intención de ampliarlo posteriormente a escala subnacional o nacional. La guía de la OMS *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up* (345) contiene 12 recomendaciones para el diseño de proyectos piloto y su posterior ampliación. También incluye una lista de verificación que resume la escalabilidad de un proyecto. El estudio de caso A5.19, de Mozambique, ilustra una iniciativa que comenzó en 1999 en dos ubicaciones pero que estaba diseñada desde el principio para ampliarse y que en 10 años ya abarcaba todas las provincias del país. Estudiando la primera generación de programas ampliados de salud sexual y reproductiva de los países de ingresos bajos y medianos, se hace patente la importancia de una meticulosa planificación y gestión de la escalabilidad (recuadro A5.3).

Fuentes: (176, 301, 326, 345).

5.6.2.2.

Prioridades para los programas intersectoriales

Las prioridades para los programas intersectoriales se determinarán en el proceso nacional de establecimiento de prioridades, tal como se describe en el capítulo 4. Pueden centrarse en un único asunto o problemática, como el embarazo de las adolescentes (estudio de caso 14) o la salud sexual y reproductiva (estudio de caso A5.19, anexo 5) o ser más amplios. Como ejemplos de programas más amplios cabe citar un programa escolar de servicios de salud (estudio de caso A5.2, anexo 5) y un programa de escuela promotora de la salud (estudio de caso 18 de Rwanda y estudio de caso A5.3, anexo 5). No es objetivo de este documento enumerar exhaustivamente todos los programas intersectoriales que puede haber para la salud de los adolescentes. Por lo general, una prioridad de los programas intersectoriales es abordar los determinantes estructurales e intermedios de la salud, ninguno de los cuales puede tratarse adecuadamente desde un único sector (331). Los programas intersectoriales pueden priorizar asuntos como la salud mental y el consumo de sustancias, la violencia juvenil, la prevención de las enfermedades no transmisibles y el matrimonio precoz, pero la lista no es exclusiva y pueden fijarse prioridades de otro tipo.

Al mejorar el nivel de escolarización primaria y secundaria, las escuelas se convierten en un entorno muy importante para actuar sobre los determinantes más amplios de la salud, así como una plataforma útil para la cobertura universal de salud, con intervenciones de prevención, apoyo temprano y tratamiento. Por este motivo, en muchos países son habituales los programas de salud escolar.

Los programas de salud escolar son el tipo más habitual de programa intersectorial oficial. Existen en casi todos los países de las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental, en muchos países de América Latina, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental y al menos en 21 países de la Región de África. Diversas iniciativas promueven un abordaje de la salud de los alumnos desde todo el ámbito escolar. Algunos de ellos son la iniciativa de Concentración de Recursos en la Sanidad Escolar (FRESH), dirigida por la UNESCO, el modelo de escuelas amigas de la infancia, liderado por el UNICEF, el programa de salud y nutrición escolar del Banco Mundial y el marco de escuelas promotoras de la salud de la OMS.

Hay un abultado corpus de datos empíricos que demuestran los efectos positivos de las intervenciones y los programas escolares de salud. Se ha constatado su influjo positivo en los resultados en materia de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, el consumo de sustancias, la alimentación, la actividad física, la salud mental y la vacunación (347-352). Invertir en la salud escolar es una prioridad fundamental para los programas intersectoriales (353). Los países que no cuentan con programas de salud escolar deben valorar la pertinencia de establecerlos, mientras que los países que ya disponen de ellos deben plantarse realizar un examen crítico para que estén acorde con el corpus de datos empíricos y con las nuevas prioridades. En la sección A3.1.2 se enumeran los recursos que pueden fundamentar los programas de salud escolar.



5. Programación nacional

Estudio de caso 18

Política de salud escolar integral de Rwanda

En Rwanda, los niños en edad escolar se enfrentan con muchas dificultades relacionadas con la mala salud, la pobreza y los riesgos ambientales, como las instalaciones inadecuadas de agua y saneamiento, las limitaciones de la infraestructura escolar, las enfermedades transmisibles y no transmisibles y la violencia de género. Otros problemas de salud importantes tienen que ver con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la infección por el VIH, las lesiones, la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental. Estos factores repercuten en la asistencia a la escuela y en la capacidad de los alumnos de concentrarse en clase, lo cual comporta tasas deficientes de retención escolar.

Para superar estas barreras, el Gobierno de Rwanda ha elaborado una política nacional de salud escolar integral como un conjunto integrado y ordenado de iniciativas para promover el desarrollo físico, social, psíquico y académico de los estudiantes.

La política de salud escolar recomienda que se actúe en ocho áreas clave:

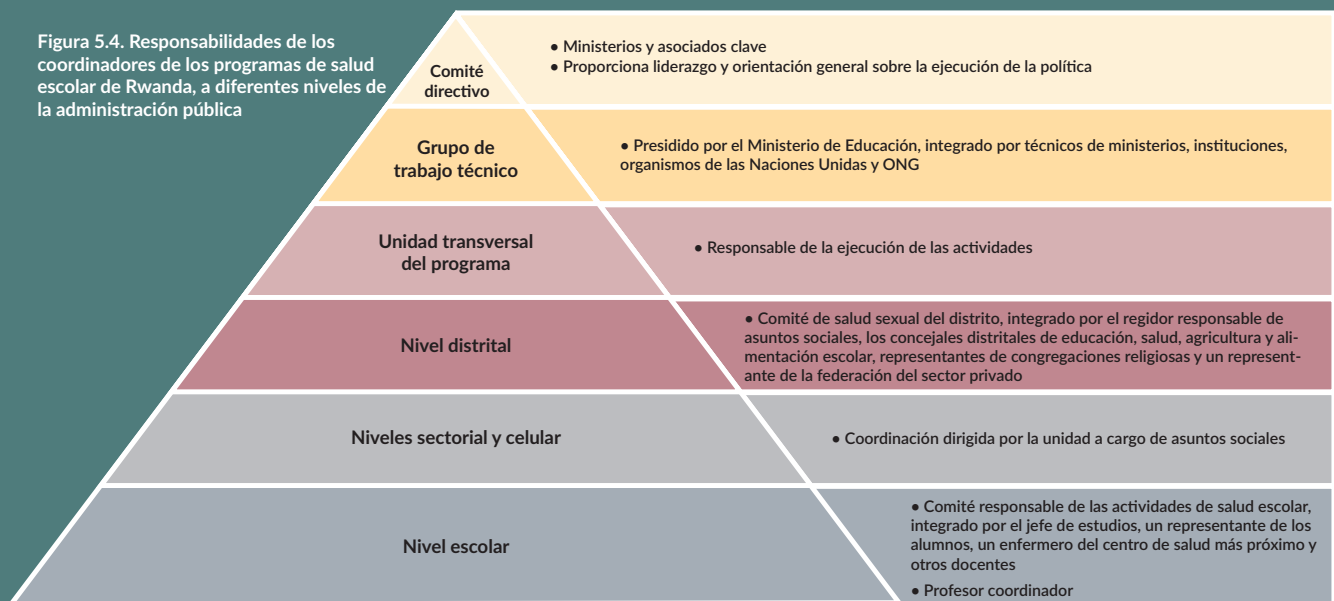
- promoción de la salud y prevención y control de enfermedades,
- VIH, sida y otras ITS,

- salud sexual y reproductiva y derechos conexos,
- salud ambiental,
- nutrición escolar,
- educación física,
- salud mental y necesidades relacionadas,
- género y violencia de género.

La política abarca todo el ámbito de la escuela, con intervenciones dirigidas a mejorar los aspectos siguientes: el programa de estudios; la infraestructura física; el acceso a los servicios de salud en la escuela; los principios y valores escolares; las políticas escolares, y los vínculos con la comunidad. Recomienda una cartera mínima de salud escolar, que incluye los siguientes servicios: promoción de la salud y educación sanitaria; derivación y seguimiento de las afecciones banales; suministro de agua potable y saneamiento; desparasitación, y nutrición escolar. Nueve ministerios llevan a cabo la política, cada uno con sus áreas específicas de responsabilidad.

Las responsabilidades recaen, por tanto, en estructuras políticas y operativas, tal como se aprecia en la figura 5.4.

Figura 5.4. Responsabilidades de los coordinadores de los programas de salud escolar de Rwanda, a diferentes niveles de la administración pública



La política se financia con partidas presupuestarias de todos los sectores. La estrategia de evaluación y seguimiento se centra en fortalecer la recopilación de datos de indicadores de salud escolar, aprovechando las actividades actuales del Ministerio de Educación. Estos datos permitirán al

Ministerio de Educación vigilar la ejecución de los servicios de salud escolar y educación y cuantificar su repercusión sobre la evolución de los alumnos. Se ha señalado un conjunto de indicadores para medir y vigilar la ejecución de las actividades.

Áreas clave de la programación (continuación): Programas intersectoriales

128. Poner en marcha programas de salud escolar, o realizar un examen crítico de los programas existentes, para abordar las prioridades (p. ej., enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles y violencia) de manera integral. Planificar las intervenciones con los seis componentes recomendados por el Marco de Escuelas Promotoras de la Salud de la OMS:
- a)** Políticas y planes de salud escolar que busquen un entorno físico y psicosocial saludable, seguro y exento de riesgos (abordando temas como la intimidación escolar, el acoso sexual, el consumo de sustancias, la violencia en la escuela, la nutrición y alimentación y la salud mental). Véase, por ejemplo, el estudio de caso A3.4 sobre el programa nacional de Suecia para proporcionar comidas escolares a todos los alumnos.
 - b)** Un entorno físico seguro que aborde la seguridad y el acondicionamiento físico de las instalaciones escolares, los servicios de agua, saneamiento e higiene menstrual y los ambientes saludables para promover la alimentación sana y la actividad física, entre otras cuestiones. Véanse los estudios de caso A3.17, de Mauritania, A3.18, de Papua Nueva Guinea, y A3.20, del Pakistán, sobre cómo mejorar las condiciones de las escuelas para el saneamiento, la higiene menstrual y la actividad física.
 - c)** Un entorno social seguro y propicio en la escuela, con políticas, valores y principios escolares que contribuyan a abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales y a mejorar el ambiente, la participación y la conexión de los alumnos en el aula.
 - d)** Participación de las familias y de la comunidad en general para contribuir a lograr un entorno seguro y propicio más allá del recinto escolar y prestación de apoyo para los padres. Véase el estudio de caso 8, sobre la participación de los docentes en Bután para mejorar las aptitudes y las capacidades de los padres de adolescentes.
 - e)** Intervenciones incluidas en el programa de estudios para desarrollar aptitudes de salud personal. Lo habitual y lo más adecuado es incluir la educación en salud en una materia relacionada con la salud (que puede tener muchas denominaciones: vida activa y sana; salud y vida familiar; salud y educación física; educación en aptitudes personales y sociales; salud y orientación laboral; educación en aptitudes para la vida, etc.). Véase el estudio de caso A5.20, de Ucrania, y el A3.21, de Costa Rica, sobre la prevención del consumo de sustancias dentro del plan de estudios, y el ejemplo del Brasil sobre la inclusión de la educación sexual en el plan de estudios de las escuelas (estudio de caso A3.5).
 - f)** Servicios escolares de salud (prestados en la escuela o vinculados a ella) para ofrecer una gama de prestaciones de promoción de la salud, prevención y detección precoz y derivación, en el mismo recinto escolar o en conexión con los servicios ofertados en otros emplazamientos de la comunidad. Los servicios escolares de salud deben sustentarse en un mecanismo oficial de coordinación entre el centro de enseñanza y la organización proveedora de salud. Véase el estudio de caso A5.2, sobre cómo formalizar la colaboración intersectorial con contratos o convenios entre los organismos estatales de salud pública y educación.
129. Poner en marcha programas para mejorar el estado nutricional de las chicas adolescentes (véanse las características de los programas de nutrición dirigidos a las adolescentes, que se describen en el recuadro A5.4 del anexo 5):
- a)** Utilizar diversas plataformas y estrategias (p. ej., educación y promoción de la nutrición; medios de comunicación; reparto de micronutrientes, alimentos o dinero; aumento de la capacidad de los trabajadores de servicios, las organizaciones y los Gobiernos locales, etc.) para que las intervenciones nutricionales lleguen a las adolescentes en las escuelas, los hogares y la comunidad.
 - b)** Abordar los hábitos más allá de la ingesta de hierro y ácido fólico, promoviendo la alimentación variada, los hábitos alimentarios generales, la práctica de ejercicio físico y la fortificación alimentaria, entre otros.
 - c)** Ampliar el alcance más allá de la desnutrición, incluyendo la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT) relacionadas con la nutrición, para frenar la epidemia de sobrepeso y obesidad.
 - d)** Apuntalar la colaboración entre los sectores de la salud, la agricultura y la educación para garantizar: la educación nutricional y la fortificación de los productos alimenticios para las adolescentes que asisten a la escuela; y los programas de horticultura para las adolescentes, para que dispongan de un medio de vida y diversifiquen su ingesta alimentaria.
 - e)** Abordar las normas de género con la programación nutricional, por ejemplo con: iniciativas de desarrollo de tareas que enseñan a las adolescentes cuestiones de nutrición (incluidos los hábitos alimentarios generales y la administración de suplementos de hierro y ácido fólico) y las empoderan para prestar servicios a sus pares dentro de la comunidad; promoción de una distribución más equitativa de los alimentos dentro de la familia; inclusión de programas sobre agricultura en

5. Programación nacional

Áreas clave de la programación (continuación): Programas intersectoriales

el entorno escolar para que los adolescentes aprendan a cultivar, puedan complementar sus ingresos en el futuro y mejoren la diversidad alimentaria del hogar; capacitación de las niñas y las mujeres de la comunidad en técnicas de horticultura para que contribuyan mejor a la nutrición del hogar, y actuación sobre las familias encabezadas por mujeres con programas de ganadería, para que consigan obtener unos ingresos básicos y aumentar la disponibilidad de alimentos nutritivos dentro del hogar.

130. Poner en marcha programas para prevenir la violencia juvenil, priorizando los enfoques y las estrategias prometedoras (en los cuadros A3.5 y A3.6 se aportan más detalles sobre las actividades e intervenciones recomendadas):

a) programas de crianza y de desarrollo del niño en la primera infancia;

b) desarrollo de aptitudes académicas y sociales en la escuela y prevención del acoso escolar;

c) enfoques terapéuticos para los jóvenes que corren mayor riesgo de sufrir violencia o que ya sufren violencia;

d) estrategias a nivel de la comunidad y de la sociedad, como: vigilancia policial de puntos críticos; vigilancia policial de la comunidad y de determinados problemas; reducción del acceso al alcohol y del consumo nocivo; programas de control de drogas; disminución del acceso a las armas de fuego y de su uso indebido, y modificación espacial, rehabilitación urbanística y desconcentración de la pobreza. Véase el estudio de caso A3.9, de Colombia, sobre la mejora de los vecindarios urbanos de bajos ingresos.

131. Poner en marcha programas para prevenir el embarazo precoz, teniendo en cuenta los siguientes componentes:

a) reducir los matrimonios antes de los 18 años (prohibir el matrimonio precoz, mantener a las niñas en la escuela e incidir en las normas culturales que respaldan el matrimonio precoz);

b) reducir los embarazos antes de los 20 años (propugnar el empleo de anticonceptivos por parte de los adolescentes, educar a las niñas y los niños acerca de la sexualidad y trabajar con las comunidades para prevenir los embarazos precoces);

c) incrementar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes en riesgo de embarazo no deseado (legislar el acceso a los anticonceptivos, la información y los servicios conexos; reducir los precios y permitir la utilización de los servicios anticonceptivos; educar a los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos; incrementar el apoyo de las comunidades a la provisión de anticonceptivos para los adolescentes);

d) reducir las relaciones sexuales forzadas entre los adolescentes (prohibir las relaciones bajo coacción; empoderar a las niñas para resistir a las coacciones; incidir en las normas sociales que permiten las relaciones bajo coacción, e involucrar a los hombres y los niños en el cuestionamiento de las normas de género).

132. Poner en marcha programas nacionales de prevención del consumo de drogas en la primera y la segunda adolescencias de conformidad con las normas internacionales para la prevención del uso de drogas (355). Esta guía proporciona una visión general de los programas nacionales cuya eficacia está demostrada para prevenir el consumo de estupefacientes y resume las principales características de cada tipo de programa asociadas con resultados positivos. En el recuadro A5.5 se exponen algunos estudios sobre programas basados en la evidencia en el campo de los trastornos mentales y las toxicomanías.

133. Poner en marcha programas multisectoriales para reducir las tasas de suicidio de los jóvenes. En el anexo A3.7.2 y el recuadro A3.4 se detallan algunos métodos progresivos recomendados para elaborar una estrategia nacional de prevención del suicidio y se explican algunas intervenciones probadas. Véanse los estudios de caso A3.22, de Nueva Zelanda, y A3.24, de Hong Kong (región administrativa especial de China).

Fuentes: (176, 190, 300, 301, 326, 356).

5.7.

Programación en entornos humanitarios y frágiles

El capítulo 3 describe los métodos y las intervenciones basadas en la evidencia para actuar en los entornos humanitarios y frágiles en la promoción de la salud de los adolescentes. Esta sección analiza los aspectos específicos de la adolescencia en la programación para la ejecución de estas intervenciones.

Un programa de recuperación en un entorno humanitario y frágil debe regirse por principios de desarrollo que procuren generar procesos resistentes, autosostenidos y asumidos a nivel nacional para la recuperación después de una crisis (357). Por consiguiente, las estrategias básicas de ejecución que se describen en el marco lógico (figura 5.1) serán las mismas en los entornos humanitarios y frágiles. Abarcan las leyes y las políticas, la capacidad de los recursos humanos, la prestación de servicios receptivos para con los adolescentes, la protección ante los riesgos financieros y la participación de los adolescentes en el liderazgo y la gobernanza para la rendición de cuentas. Las áreas clave de programación, descritas en las secciones que anteceden, en gran parte son pertinentes para los entornos humanitarios y frágiles. Esta sección trata los aspectos de estas áreas que son específicos de los entornos humanitarios y frágiles.

La programación para los adolescentes en los entornos humanitarios y frágiles debe llevarse a cabo de conformidad con la orientación general humanitaria que requiere que todas las intervenciones e iniciativas de apoyo:

- estén bien coordinadas entre las autoridades competentes y responsables, los organismos humanitarios, las organizaciones de la sociedad civil y los representantes de las poblaciones afectadas;
- se basen en los principios participativos y se lleven a cabo junto con las comunidades;
- se basen en una evaluación de las capacidades y las necesidades;
- establezcan recursos y prácticas útiles y fortalezcan los existentes;
- promuevan los derechos humanos y protejan a las poblaciones afectadas por las violaciones de los derechos humanos, y
- garanticen que todas las labores de recopilación de datos se ciñan a las normas de seguridad y los principios éticos para investigar, documentar y vigilar los riesgos para la salud, los programas y las intervenciones.

(44, 161, 357, 404).

Los principios generales para la programación en los entornos humanitarios y frágiles quedan fuera del objeto de esta guía y pueden consultarse en otras publicaciones (316, 404).

Áreas clave de la programación (continuación): Salud en entornos humanitarios y frágiles (las áreas clave se detallan en el recuadro A5.6 del anexo 5)

134. Garantizar la existencia de políticas para proteger a las niñas y los niños contra el trabajo y la explotación infantil y contra los abusos infligidos por los cooperadores humanitarios.
135. Adoptar medidas específicas de protección para los menores no acompañados, los huérfanos y otros menores vulnerables. Restablecer las redes de apoyo y las estructuras comunitarias para los huérfanos y los menores vulnerables y garantizar que los adolescentes que han perdido a sus padres o tutores reciban cuidado y atención constantes.
136. Garantizar que los programas aborden la compleja relación entre fragilidad y matrimonio en el caso de los menores. Véase el estudio de caso A5.21, que describe acciones para prevenir y mitigar las consecuencias del matrimonio de menores y el matrimonio forzoso entre los refugiados sirios en Jordania.
137. Garantizar que las normas y las prácticas en los entornos humanitarios y frágiles respeten el derecho a la dignidad, los intereses, la seguridad, la autonomía y la autodeterminación de los adolescentes, de conformidad con su etapa evolutiva en cada momento.
138. Poner en marcha políticas para el acceso gratuito a las intervenciones y los servicios esenciales en todos los sectores (p. ej., servicios sanitarios, pedagógicos y escolares), incluida la cartera básica de servicios de salud para todos los adolescentes y aprobar políticas que promuevan la inclusión.
139. Fomentar las capacidades de los cooperadores y de las profesiones humanitarias en enfoques centrados en los adolescentes y en los principios de la confidencialidad, la seguridad y la protección, el respeto y la no discriminación.
140. Habilitar, si procede, espacios adaptados a los adolescentes y las niñas como primera respuesta a sus necesidades de protección, bienestar psicosocial y enseñanza escolar no reglada. Véanse los estudios de caso A3.25, de Nigeria, y A3.26, de Malawi, donde se establecieron espacios seguros para las adolescentes y las niñas desplazadas. Garantizar que se identifiquen, se movilicen y se aprovechen los recursos de la comunidad para aplicar los programas de educación y otras actividades didácticas en las escuelas u otros entornos.
141. Garantizar el mantenimiento de los aseos y el acceso a los mismos en buenas condiciones, así como la disponibilidad de materiales e instalaciones para la higiene menstrual. Véase el recuadro A3.6 sobre el diseño de prácticas adecuadas para contar con instalaciones de agua y saneamiento adaptadas a las necesidades de higiene menstrual en las situaciones de emergencias, y el estudio de caso A3.27 de Etiopía.

Fuentes: (11, 44, 159, 161, 198, 357, 361, 363-366, 404).

5. Programación nacional

5.8.

Enfoques de desarrollo positivo y transformadores de género

Uno de los objetivos importantes de los programas es apoyar el crecimiento y la evolución saludables en la adolescencia (véase el recuadro 1.1, un enfoque de desarrollo positivo para las intervenciones y los programas de salud de la adolescencia). Por tanto, los programas deben integrar las intervenciones para reforzar la resiliencia y los factores protectores (p. ej., un ambiente escolar positivo y un buen rendimiento académico) y no centrarse en reducir los factores de riesgo (p. ej., eliminar las barreras a los servicios de atención de salud). En la programación, el desarrollo positivo es tanto un medio como una finalidad en sí misma: para lograr incidir en la salud, deben tenerse en cuenta los enfoques de desarrollo positivo y los resultados positivos que se obtengan deben formar parte de los objetivos del programa.

Un ejemplo útil es la educación sobre sexualidad. Una aproximación holística a ella requiere mirar más allá de la mortalidad, la morbilidad y los riesgos (p. ej., reducir el riesgo de embarazo o de ITS) para hacer hincapié en la salud y el bienestar y adoptar una visión positiva a la sexualidad en todos los programas y servicios (116). La educación integral sobre la sexualidad requiere una perspectiva más amplia que abarque cuestiones fundamentales como la seguridad de los jóvenes en sí mismos, su capacidad de expresarse, su nacionalidad, su sexualidad y aspiraciones y su capacidad de pensamiento crítico y de tomar decisiones fundamentadas (116). El estudio de caso A5.22, en el anexo 5, ilustra un enfoque de género a la educación sobre la sexualidad, basado en los derechos y la nacionalidad.

Los enfoques transformadores de género y de desarrollo positivo deben convertirse en principios transversales en el diseño de los programas (véanse los estudios de caso 19, A5.18 y A5.22-A5.24).

Estudio de caso 19

Iniciativas de la región del Sahel para empoderar a las niñas

El Proyecto de Empoderamiento de las Mujeres y Dividendo Demográfico en la Región del Sahel (SWEDD) abarca Burkina Faso, el Chad, Costa de Marfil, Mauritania, Malí y Níger. El Banco Mundial ha proporcionado US\$ 205 millones para financiar el proyecto con el objetivo de acelerar la transición demográfica y posicionar a la región para que se beneficie de un dividendo demográfico. La inversión en el empoderamiento social y económico de las adolescentes es esencial para lograr estos objetivos.

Las adolescentes están marginadas en todo el mundo, pero sus vulnerabilidades y limitaciones son particularmente agudas en la región del Sahel, donde se obliga a la mayoría de las niñas a casarse en la adolescencia, con una mediana de edad de entre 15,7 años en Níger y 19,7 en Costa de Marfil. Una vez casadas, las chicas normalmente abandonan los estudios. Las tasas de finalización de la escuela primaria de las niñas de los países del SWEDD son alarmantemente bajas, en particular en las zonas rurales. El matrimonio también implica relaciones sexuales precoces y, en la mayoría de los casos, maternidad precoz. En todos los países del proyecto, salvo en Mauritania, la tasa de fecundidad en las adolescentes excede el promedio del África subsahariana.

Un componente clave del proyecto SWEDD es el desarrollo positivo. Su objetivo es ampliar las opciones y oportunidades para las niñas pobres y sus familias, de modo que las decisiones de retrasar el matrimonio y la maternidad resulten más viables y atractivas. El proyecto se dirige a las niñas y muchachas de entre 10 y 19 años en riesgo elevado de ser casadas y de convertirse en madres. Se han elaborado 19 intervenciones adecuadas a la edad y basadas en la evidencia, a cargo de los ministerios de los seis países, que se realizarán en los próximos años con miras a:

- **Empoderar a las niñas:** Estas intervenciones fomentan la capacidad de las niñas de llevar una vida sana y productiva y propician un ambiente favorable en la comunidad, por ejemplo: clubes escolares o sociales que ofrecen espacios seguros y enseñan a las niñas aptitudes para la vida, y actividades de sensibilización a nivel de la comunidad, dirigidas a los maridos, a los padres y a otros miembros de la comunidad.
- **Mejorar las oportunidades económicas:** Estos programas pretenden ampliar las oportunidades económicas al alcance de niñas (especialmente las que no asisten a la escuela) o de sus familias, por ejemplo: capacitación para el comercio o en aptitudes vocacionales; prestaciones dinerarias o en especie (algunas de las cuales se condicionarán a que se retrase el matrimonio), y acceso a los activos o los servicios financieros.
- **Mantener a las niñas en la escuela:** Estas intervenciones buscan promover la retención escolar, reducir el abandono o permitir el retorno a los estudios reglados, por ejemplo: ayudas económicas condicionales o incondicionales; prestaciones en especie (p. ej., alimentos, transporte y alojamiento) para las niñas o sus familias, y creación de ambientes didácticos adaptados a las necesidades de las niñas.

Fuente: (115).



6. Seguimiento, evaluación e investigación

Mensajes clave:

1. Los rápidos cambios físicos, emocionales y sociales que ocurren en el período de la adolescencia crean dificultades especiales para los programas de salud de los adolescentes, por lo cual es esencial desglosar los datos por edad (grupos quinquenales de edad) y sexo.
2. Es indispensable que los programas de salud de los adolescentes vigilen la amplia gama de indicadores que comprenden desde insumos y procesos hasta resultados inmediatos e intermedios y repercusiones, puesto que responden a diferentes preguntas y son útiles para distintas finalidades.
3. Con miras a vigilar los programas y, en particular, sus resultados intermedios y repercusiones, la lista de 60 indicadores referentes a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) incluye 43 que son particulares de los adolescentes (por ejemplo, la tasa de mortalidad de los adolescentes) o que incluyen a ese grupo de la población (por ejemplo, experiencia de violencia sexual). Los países deben recopilar y usar los datos sobre estos indicadores para vigilar su progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, específicamente dentro del sector de la salud, el progreso hacia la cobertura universal de salud.
4. En el proyecto de colaboración sobre datos sanitarios (Health Data Collaborative) se trabaja con los países para mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de datos para la toma de decisiones y el seguimiento del progreso en el ámbito local hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.
5. Los países deben considerar la posibilidad de establecer mecanismos de recopilación de datos dirigidos por jóvenes para garantizar la participación de estos últimos en la ejecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la rendición de cuentas al respecto.
6. Es indispensable realizar evaluaciones periódicas de los programas de salud de los adolescentes, basadas en datos de seguimiento sistemáticamente recopilados.
7. Tres ejercicios mundiales recientes para establecer prioridades de investigación relacionada con salud de los adolescentes muestran que las prioridades se han alejado de las preguntas básicas acerca del estado de salud de los adolescentes para centrarse en la mejor manera de ampliar las intervenciones existentes y de probar la eficacia de las nuevas.
8. Se debe prestar especial atención a la participación de los adolescentes en el seguimiento, la evaluación y la investigación de programas, teniendo en cuenta la evolución de sus facultades y su necesidad de protección apropiada. A pesar de estos asuntos adicionales, a los adolescentes no se les debe excluir innecesariamente de participar en el seguimiento, la evaluación y la investigación de programas.

6.1. Seguimiento de los programas de salud de los adolescentes

El seguimiento es la recopilación sistemática de datos para comprobar el progreso de un programa. Se destina a responder a la pregunta: ¿“estamos haciendo lo que planificamos”? Es un componente esencial de los programas para guiar los esfuerzos y las inversiones y establecer una base para acelerar y reforzar el progreso. Es también un instrumento fundamental para promover la intensificación de las actividades de los programas. En la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) se ha hecho particular hincapié en el seguimiento y la rendición de cuentas (11). El capítulo 5 del presente informe plantea el marco lógico (figura 5.1) necesario para convertir las políticas e intervenciones prioritarias relacionadas con los adolescentes en actividades de ejecución de programas. El seguimiento del éxito y de los retos de la ejecución es importante no solo para demostrar el progreso logrado, sino también para identificar los campos en los cuales se necesitan medidas correctivas para que el programa pueda alcanzar sus objetivos.

El marco común de seguimiento y evaluación dentro de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+) (368, 369) clasifica los indicadores para el seguimiento de los programas de salud en cinco categorías: insumos (por ejemplo, financiamiento y recursos humanos), procesos (por ejemplo, cadena de suministro y mecanismos de intercambio de información), resultados inmediatos (por ejemplo, disponibilidad de servicios e intervenciones y su calidad), resultados intermedios (por ejemplo, cobertura de las intervenciones y prevalencia de patrones de comportamiento de riesgo) y repercusión (por ejemplo, efectos sanitarios y eficiencia de los sistemas). El marco de la IHP+ es útil para pensar en los procesos que se necesitarán para vigilar y evaluar los programas de salud de los adolescentes (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1 Ejemplos de indicadores para vigilar un programa diseñado para asegurar que el sistema nacional de salud responda a las necesidades de los adolescentes

PROGRAMA (VÉASE CAPÍTULO 5)	INSUMOS Y PROCESOS	RESULTADOS INMEDIATOS	RESULTADOS INTERMEDIOS	REPERCUSIÓN
Programa para asegurar que el sistema nacional de salud responda a las necesidades de los adolescentes	<p>Financiamiento y recursos disponibles para los programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por fuente • Número de profesionales de salud por 10.000 habitantes por categorías, distribución geográfica, lugar de empleo, etc. <p>Procesos apropiados para apoyar la salud de los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las estructuras de gobernanza para el programa de salud de los adolescentes se definen a nivel nacional, subnacional y local • Mecanismos adoptados para asegurar que los sistemas de salud respondan a las necesidades de los adolescentes 	<p>Capacitación en salud para adolescentes proporcionado a los proveedores de atención de salud</p> <p>Número y porcentaje de proveedores de atención de salud capacitados en la prestación de servicios de salud a los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de instituciones de educación y capacitación que tienen un componente de salud de los adolescentes en su currículo en consonancia con las competencias básicas en materia de salud de los adolescentes para los proveedores de atención primaria de la OMS <p>Sistemas de salud adaptados a los adolescentes disponibles y accesibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número y proporción de instalaciones de salud con acreditación amigable para los adolescentes • Número y proporción de profesionales de salud con acreditación amigable para los adolescentes <p>Docentes capacitados para proporcionar educación en materia de la salud de los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de instituciones de educación y capacitación que capacitan a su facultad en enfoques recomendados para la educación y la formación en salud de los adolescentes 	<p>Servicios de salud aceptables para los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de adolescentes que reportan satisfacción con la atención en salud <p>Cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad que tienen su necesidad para planificación familiar satisfecha con métodos modernos 	<p>Resultados de salud de los adolescentes mejorados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad adolescente (por sexo) • Tasa de natalidad en adolescentes (por grupo etario)

6. Seguimiento, evaluación e investigación

El marco de indicadores y monitoreo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) (370) proporciona orientación explícita sobre los indicadores que deben recopilar los programas nacionales de salud de los adolescentes para vigilar el progreso para alcanzar las 17 metas de dicha Estrategia. Estas metas se alinean con los ODS e incluyen indicadores que serán pertinentes para todos los sistemas de salud. También permiten hacer comparaciones válidas entre los programas y dentro de ellos.

Los indicadores de la Estrategia Mundial relacionados con los adolescentes se proyectan contra el Marco de la IHP+ en el cuadro A6.1 en el anexo 6.1. Esto indica que la mayoría de los indicadores de esa Estrategia (EWEC, 2016a) miden los resultados o las repercusiones en materia de salud, y la gran mayoría de los indicadores relacionados con la salud de los adolescentes que miden los insumos, procesos o resultados inmediatos no son específicos de los adolescentes sino de las mujeres, los niños y los adolescentes en conjunto. En el contexto nacional, los indicadores seleccionados para el seguimiento de los insumos, procesos y resultados inmediatos exclusivos del contexto de un país deben agregarse para impulsar mejoras de la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los programas.

En este capítulo sobre el seguimiento de los programas de salud de los adolescentes se aprovechan los capítulos anteriores del documento al agregar ejemplos de los indicadores necesarios para determinar hasta qué punto facilita un programa la existencia de un sistema nacional de salud adaptado a la población adolescente (cuadro 6.1).

Como se indica en el capítulo 5, es considerable el número de posibles programas e intervenciones intersectoriales relacionados con la salud de los adolescentes. En el cuadro 6.2 se presentan ejemplos de tres programas específicos para ilustrar los principios clave de la forma en que los países pueden vigilar el éxito de los programas escogidos para mejorar la salud de adolescentes. Los tres ejemplos son un programa para reducir el número de embarazos de adolescentes, un programa de salud escolar y un programa de salud mental de los adolescentes. El programa para reducir el número de embarazos de adolescentes se explora con más detalles en el cuadro A6.2 en el anexo A6.2.

No se pretende que los indicadores sugeridos en los cuadros 6.1 y 6.2 sean prescriptivos ni exhaustivos, más bien se usan como ejemplos para demostrar la importancia de diferentes tipos de indicadores para el trabajo diario de seguimiento y evaluación de los programas.

Los programas de salud de los adolescentes tienen características específicas relativas a las aplicables a otros grupos de edad y que deben considerarse al diseñar sistemas de seguimiento. Se destaca aquí el hecho de que muchas de las necesidades de salud de los adolescentes de corta edad son muy diferentes de las que tienen los adolescentes mayores. Los cambios del desarrollo durante la adolescencia son rápidos y, a diferencia de los que ocurren en los niños más pequeños, son sumamente distintos en los dos sexos. Como resultado, se necesita un desglose más detallado de los datos de seguimiento por edad y sexo del que se requiere para otro grupo de edad.

La selección de los indicadores de seguimiento depende de las prioridades estratégicas específicas del programa y está limitada por consideraciones prácticas y por las fuentes de datos disponibles. Los países necesitarán seleccionar indicadores pertinentes para complementar los indicadores genéricos recomendados por el marco de indicadores y monitoreo de la Estrategia Mundial que se adaptan específicamente para proyectar una imagen clara que permita determinar si el programa hace lo planificado. Estos indicadores también suministrarán información para apoyar el trabajo diario de gestión y toma de decisiones de los programas.

Para administrar un programa eficazmente, el seguimiento debe abordarse en cada etapa del programa, incluida la de planificación. Es preciso considerar por separado cada paso en el marco lógico (descrito en sección 5.1) y vigilar cada actividad importante. A corto plazo, los datos más útiles vendrán de los indicadores que vigilan el progreso en la primera mitad de la cadena de resultados que abarcan desde los insumos y el proceso hasta los resultados inmediatos, ya que estos deben cambiar relativamente rápido. Sin embargo, los indicadores de los resultados intermedios y repercusiones también deben vigilarse desde el principio con el fin de poder establecer un punto de comparación para seguir la trayectoria del progreso con el transcurso del tiempo.

Los sistemas de recopilación de datos y el uso y la notificación de los datos acopiados deben planificarse desde el principio del programa. La recopilación sistemática de datos tiene un costo en cuanto al tiempo del personal y otros recursos, de manera que cada punto de recopilación de datos debe relacionarse con un mecanismo específico de toma de decisiones y es preciso asignar fondos suficientes a este elemento del ciclo del programa. Si el sistema de recopilación de datos es demasiado engorroso, la carga impuesta por el seguimiento afectará tanto la calidad de los datos como el tiempo que le queda al personal para actividades relacionadas con servicios directos.

Es preciso crear sistemas que permitan asegurar el empleo real y potencial de los datos de seguimiento para fines de administración en los niveles más bajos posibles del sistema de salud, como los distritales o subdistritales. También se necesitan sistemas que permitan emplear los datos para seguimiento en los niveles regionales y nacionales.

En el marco de indicadores y monitoreo de la Estrategia Mundial se recomiendan 60 indicadores específicos. Estos 60 indicadores, clasificados bajo los tres objetivos clave de la Estrategia Mundial (Sobrevivir, Prosperar y Transformar), se seleccionaron para proporcionar suficiente profundidad para hacer un seguimiento del progreso nacional realizado en la aplicación de la Estrategia Mundial (370). Esta última destaca la importancia del desglose de los datos notificados por edad, sexo, y, donde convenga, otros factores, como riqueza y ubicación urbana o rural.

Notas relacionadas con el cuadro 6.2:

¹ Funcional significa que el fuente de agua proporciona suficiente cantidad de agua para las necesidades de la escuela que es seguro para beber y accesible a los niños con discapacidades.

² Tal como se definen a nivel local y nacional.

³ por ejemplo la prestación de servicios de salud mental amigables para los niños y los adolescentes, y disposiciones para abordar la transición de servicios de salud mental pediátricos a adultos.

⁴ por ejemplo: mencionar la promoción y la prevención basadas en la escuela y los programas de lucha contra el acoso (bullying).

Cuadro 6.2 Ejemplos de indicadores para vigilar tres programas específicos de salud adolescente

PROGRAMA (VÉASE CAPÍTULO 5)	INTERVENCIÓN (VÉASE CAPÍTULO 3)	INSUMOS Y PROCESOS	RESULTADOS INMEDIATOS	RESULTADOS INTERMEDIOS	REPERCUSIÓN
Programa para reducir el embarazo en la adolescencia (384, 11, 370)	Información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva integral, incluida la anticoncepción	<p>Financiamiento del programa para reducir el embarazo en la adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuente de financiamiento Número de profesionales de salud por 10.000 habitantes por categoría, zona geográfica <p>Procesos apropiados para apoyar el programa</p> <ul style="list-style-type: none"> Mecanismos adoptados para asegurar que los sistemas de salud respondan a las necesidades de los adolescentes (incluso la prestación de servicios anticonceptivos a los adolescentes) Mecanismos adoptados para producir y difundir información, educación y comunicación sobre reducir los embarazos en adolescentes <p>Leyes y normas</p> <ul style="list-style-type: none"> Leyes y normas que garantizan que las adolescentes y mujeres jóvenes (entre 15 y 19 años) tienen acceso a atención, información y educación de salud sexual y reproductiva (incluyendo los servicios anticonceptivos) 	<p>Los proveedores de atención de salud proporcionan información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva (incluyendo los anticonceptivos) a los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de proveedores de atención de salud capacitados en la prestación de servicios de salud a los adolescentes (incluso la prestación de servicios anticonceptivos a los adolescentes) Proporción de instituciones de educación y capacitación que capacitan a su facultad en enfoques recomendados para la educación y formación en salud de los adolescentes (incluso la prestación de servicios anticonceptivos a los adolescentes) <p>Mensajes de reducción del embarazo compartidos</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción del público destinatario alcanzado con los mensajes de reducción del embarazo 	<p>Servicios anticonceptivos disponibles con métodos modernos</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que tienen su necesidad para planificación familiar satisfecha con métodos modernos Proporción de adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la salud reproductiva <p>Educación sobre la sexualidad en las escuelas secundarias</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción de escuelas secundarias que proveen educación integral sobre la sexualidad Proporción de hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad que tienen conocimientos básicos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos <p>Protección jurídica para las adolescentes y mujeres jóvenes</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción de mujeres entre 20 y 24 años que estaban casadas o en unión antes de cumplir los 15 años de edad y antes de los 18 años de edad La proporción de mujeres entre 20 y 24 años que reportan una iniciación sexual antes de los 15 años de edad y antes de los 18 años de edad 	<p>Reducir la tasa de fecundidad adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de fecundidad adolescente (10-14, 15-19) por cada 1.000 mujeres en ese grupo de edad <p>Reducir las complicaciones obstétricas en adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción de adolescentes y mujeres jóvenes (15-19) con complicaciones obstétricas debido al aborto
Programa de salud escolar (385, 386)	Promoción de comportamientos saludables (por ejemplo, nutrición, actividad física, no tabaco, alcohol o drogas)	<p>Financiamiento de programas para la promoción de comportamientos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuente de financiamiento <p>Servicios escolares de salud ofrecen una gama de prestaciones de promoción de la salud, prevención y detección precoz y servicios de derivación</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal capacitado en los principios y la práctica de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud Contenido prioritario en materia de la salud y pedagogía basada en las competencias están presentes en la orientación nacional para los programas escolares, la formación de docentes y las evaluaciones de aprendizaje <p>Estrategia/políticas/normas de salud escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen estrategias o políticas relacionadas con la salud escolar ya sea como parte de una política o estrategia más amplia de salud, educación o reducción de la pobreza, o como documento independiente Existen normas nacionales de seguridad en las escuelas, que abordan el entorno físico y socio-emocional 	<p>Infraestructura y servicios escolares que promueven la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de escuelas con un fuente de agua funcional en o cerca de la escuela¹ Porcentaje de escuelas que proporcionan el paquete mínimo de servicios de salud y nutrición basados en la escuela² <p>Docentes capacitados en principios de salud escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de docentes que han recibido capacitación previa al servicio en educación sobre la salud basada en aptitudes, incluyendo enfoques de enseñanza participativa <p>Currículo escolar que contiene contenido prioritario en materia de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de escuelas que ofrecen sesiones regulares de educación sobre la salud basadas en las aptitudes, como se recomienda en la guía nacional Proporción de escuelas secundarias que proporcionan educación integral en sexualidad 	<p>Comportamientos clave de riesgo para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de actividad física insuficiente entre los adolescentes Prevalencia del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 años de edad o mayor que asisten a la escuela (desagregados por edad) Uso nocivo del alcohol entre los adolescentes Proporción de hombres y mujeres de 15 a 24 años con conocimientos básicos sobre los servicios y derechos de salud sexual y reproductiva <p>Desarrollo positivo adolescente y conexión escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Sientes que hay un adulto (un maestro o alguien más) en la escuela que realmente se preocupa por ti como persona? <p>Adolescentes vacunados contra el VPH</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de cobertura de la vacuna contra el VPH en las adolescentes y las mujeres jóvenes de 15 a 24 años 	<p>Prevenir enfermedades transmisibles y no transmisibles en adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad adolescente Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes (por edad y sexo) Proporción de jóvenes de 15 a 24 años de edad no en educación, empleo y formación
Programa de salud mental para adolescentes (387)	Apoyo psicosocial y servicios conexos para la salud y el bienestar mental de los adolescentes	<p>Financiamiento de programas de apoyo psicosocial y servicios conexos</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuente de financiamiento Trabajadores de salud mental por 100 000 habitantes (psiquiatras, enfermeros, proveedores de atención psicosocial, pediatras) <p>Políticas o planes nacionales de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de una política nacional o un plan de salud mental que esté en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos e incluya un enfoque en los adolescentes³ <p>Capacitación y apoyo apropiados para los proveedores de atención de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Mecanismos para la capacitación, el apoyo y la supervisión de los proveedores de atención de salud en materia de la salud mental de los adolescentes 	<p>Las instalaciones de salud ofrecen servicios mentales a los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Número y proporción de centros de salud que prestan servicios de salud mental a los adolescentes Número y proporción de profesionales de la salud con formación específica en la prestación de servicios de salud mental a los adolescentes Proporción de instituciones educativas y de formación que tienen un componente de salud mental para adolescentes en su currículo de capacitación para proveedores de atención primaria Existencia de programas funcionales para la promoción y prevención multisectorial de la salud mental que abordan las necesidades específicas de los adolescentes⁴ 	<p>Servicios de salud mental accesibles y utilizados por los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> La proporción de adolescentes de 10 a 14 y 15 a 19 años de edad con trastornos mentales severos que utilizaron un paquete específico de servicios de salud (mentales) en los últimos 12 meses 	<p>Prevenir la depresión y el suicidio entre los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de muertes por suicidio por año por 100 000 adolescentes Proporción de adolescentes que informan experimentar síntomas de depresión en un periodo específico

6. Seguimiento, evaluación e investigación

Para reducir al mínimo la carga para los países con respecto a la presentación de informes, 16 de estos indicadores se han seleccionado como indicadores clave que se espera que todos los países vigilen a corto plazo.

Indicadores clave: Doce de los 16 clave de la Estrategia Mundial son pertinentes para la salud de los adolescentes (cuadro A6.1 en el anexo 6.1) y seis de estos “cubren a los adolescentes e incluyen un rango de edades especificado”.

● Sobrevivir

– tasa de mortalidad de los adolescentes.

● Prosperar

– tasa de fecundidad entre las adolescentes.

– número de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años acceso a atención de salud sexual y reproductiva e información y educación al respecto.

● Transformar

– proporción de niños y jóvenes (en escuelas) en segundo o tercer grado; al final de la escuela primaria; y al final del nivel inferior de la escuela secundaria que logran al menos un nivel de habilidad mínima en lectura y matemáticas, por sexo;

– proporción de mujeres y niñas mayores de 15 años de edad, que alguna vez tuvieron una pareja, sometidas a violencia física, sexual o psíquica por su compañero íntimo actual o anterior, en los 12 últimos meses, por forma de violencia y grupo de edad;

– proporción de mujeres y hombres jóvenes de 18 a 29 años de edad, que experimentaron violencia sexual antes de los 18 años.

De la lista completa de 60 indicadores principales, 43 se relacionan con los adolescentes (véase el cuadro A6.1 en el anexo 6.1).

Indicadores sujetos a perfeccionamiento ulterior

Se han identificado otros 25 indicadores que requieren perfeccionamiento ulterior (370). Diecisiete de estos se pueden emplear como indicadores de salud de los adolescentes, si se desglosan por edad. Los indicadores relacionados con la salud de los adolescentes que deben perfeccionarse se presentan en cursiva en el cuadro A6.1.

Muchos programas procuran empoderar a los adolescentes, mejorar su desarrollo positivo o influir en sus normas sociales y de género, así como en su conocimiento relacionado con la salud.

La medición del desarrollo positivo de los adolescentes suele realizarse con indicadores compuestos para formar un índice a partir de una serie de preguntas hechas en una encuesta. Un ejemplo de ese método validado es la Escala de Actitudes Equitativas de Género (371). También son útiles los indicadores que miden atributos del desarrollo positivo de los adolescentes, como una imagen positiva de sí mismos; las relaciones (la conexión) con los padres, los compañeros, la escuela y la comunidad en general; las normas de género; las aptitudes para lidiar con las emociones o los conflictos; y la eficiencia personal. El Estudio Mundial sobre la Adolescencia Temprana proporciona un ejemplo de un intento de hacer esto en adolescentes de corta edad en sitios de estudio en 15 países (105).

Indicadores contextuales

También se han sugerido otros 18 indicadores contextuales (370). Estos incluyen indicadores que son indirectamente pertinentes para la salud de los adolescentes, como:

- el número de trabajadores de salud por 100.000 habitantes.
- la proporción de personas de 15 a 24 años de edad sin educación, empleo ni capacitación.

Estrategia de seguimiento

Se requieren indicadores que vigilen el progreso hacia las metas de la Estrategia Mundial en los niveles mundial y regional. Además, es necesario observar los indicadores de la Estrategia Mundial donde se tenga previsto poner en práctica medidas específicas para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, en los ámbitos nacional y subnacional.

Fuentes de datos

El informe de 2016 sobre los datos de país para la Estrategia Mundial (391) reveló que muchos países tendrán datos empíricos sobre una parte pero no sobre la totalidad de los indicadores relacionados con la salud de los adolescentes enumerados en el cuadro A6.1 en el anexo 6.1. En el proyecto de colaboración sobre datos sanitarios se trabaja con los países para mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de datos para la toma de decisiones y el seguimiento del progreso en el ámbito local hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (<https://www.healthdatacollaborative.org/>). Para el seguimiento y la evaluación de los programas de salud de los adolescentes, los países deberán asegurarse de que esos programas incluyan un punto de enfoque en el desglose por edad y sexo.

En el recuadro 6.1 se presenta un ejemplo de la mejora de la medición de la tasa de mortalidad de los adolescentes en el ámbito de los países.

Recuadro 6.1. Medición de la tasa de mortalidad de los adolescentes

La fuente principal de la tasa de mortalidad de los adolescentes deben ser los sistemas de registro civil y estadísticas vitales (RCEV) razonablemente completos; no obstante, estos no existen o distan mucho de ser perfectos en muchos países de ingresos medianos y bajos. Las iniciativas para perfeccionar la integridad y exactitud de los RCEV incluyen el proyecto de colaboración sobre datos sanitarios (www.healthdatacollaborative.org), recientemente establecido para trabajo con los países con el fin de mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de datos para la toma de decisiones y el seguimiento del progreso en el ámbito local hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Entretanto, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA) de las Naciones Unidas se propone usar un conjunto de datos de los sistemas RCEV y los censos de población para generar modelos de tablas de vida a partir de las cuales puede calcularse la tasa de mortalidad de los adolescentes.

Los países con sistemas de registro por muestras o sistemas de registro civil centinela o con sistemas de vigilancia demográfica y sanitaria deben hacer pleno uso de ellos para obtener cálculos de la tasa de mortalidad de los adolescentes por sexo. Deben triangularlos con los cálculos producidos por el DESA de las Naciones Unidas, el Observatorio mundial de la salud y otras fuentes, como el proyecto de estudio de la carga mundial de morbilidad del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria.

A falta de otras fuentes, los datos de las encuestas demográficas a menudo se usan para crear modelos de la mortalidad de recién nacidos, de otros niños y aun de adultos, pero muchas de estas encuestas no incluyen a los adolescentes y, por lo tanto, no pueden emplearse para crear modelos de mortalidad en este grupo de edad.

6. Seguimiento, evaluación e investigación

La principal fuente de datos para muchos de los indicadores relacionados con la salud de los adolescentes serán las encuestas domiciliarias representativas del nivel nacional, como la encuesta de demografía y salud o las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (aunque, por lo general, estas no incluyen a los varones adolescentes ni a los hombres jóvenes), o las encuestas de salud realizadas en las escuelas, como la encuesta mundial de salud escolar, la encuesta sobre el comportamiento saludable en niños de edad escolar y la encuesta mundial de tabaquismo en

jóvenes. Mientras algunas fuentes como la encuesta de demografía y salud y la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados no se concentran explícitamente en los adolescentes, por lo general se incluye a las niñas adolescentes mayores y, a veces, a los varones de 15 a 19 años de edad. El cuadro 6.3 enumera las fuentes de datos en que los directores de programas pueden basarse para informar sobre diferentes tipos de indicadores. Algunos de estos datos no se pueden recolectar sistemáticamente y tal vez sea necesario hacer encuestas o estudios especiales.

Cuadro 6.3. Fuentes de datos para los indicadores relativos a la salud de los adolescentes recogidos a nivel nacional

TIPO DE INDICADOR	FUENTE DE DATOS	¿RECOLECCIÓN RUTINARIA?	EJEMPLO
Resultados de la salud del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> RCEV Las encuestas domiciliarias representativas del nivel nacional, como la encuesta de demografía y salud o las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados 	Sí	Tasa de fecundidad adolescente (10-14, 15-19) por 1000 mujeres en cada grupo de edad
Disponibilidad del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Informes de instalaciones rutinarias Datos administrativos 	Sí	Proporción de sobrevivientes de violación que buscaron atención dentro de 72 horas que recibieron profilaxis de postexposición al VIH
Prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas de instalaciones de salud 	No	Proporción de centros de salud que ofrecen servicios de salud para adolescentes
Disposición del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas de instalaciones de salud 	No	Proporción de profesionales de la salud con formación específica en la prestación de servicios de salud a los adolescentes
Políticas, leyes y normas	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con informantes clave Auto-reportado por los gobiernos 	No	Políticas y planes nacionales de salud mental que están en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos y que tienen un enfoque de salud de los adolescentes
Financiamiento del programa y recursos	<ul style="list-style-type: none"> Datos administrativos del programa Auto-reportado por los gobiernos 	Sí	Fuente de financiamiento del programa y cantidad proporcionada (US \$)
Procesos disponibles para apoyar el programa	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas únicas representativas del nivel nacional o local Estudios de cohortes 	No	Proporción del público objetivo para los mensajes de reducción del embarazo en adolescentes alcanzados

Los riesgos para la salud rara vez se distribuyen por igual en las poblaciones, y los programas de salud llegan a diferentes subpoblaciones en distinto grado. En los programas destinados a los adolescentes suele ser más difícil acceder a quienes están expuestos a mayor riesgo, tanto en cuanto a patrones de comportamiento de riesgo como de mala salud, puesto que quizá es menos probable que esos jóvenes asistan a la escuela o busquen servicios de salud.

El seguimiento de la equidad y los derechos de los adolescentes son sumamente importantes y el manual técnico de Innov8 proporciona una herramienta útil para esto (106). La orientación de la OMS sobre el monitoreo de las desigualdades en salud es también pertinente para el seguimiento de los programas de salud de los adolescentes (372).

La evaluación de la cobertura y de la repercusión de un programa en subgrupos de la población adolescente determinará si el programa ha llegado a todos los grupos por igual. Para hacer esto, los datos deben desglosarse por edad, sexo y atributos sociales, como la riqueza y la asistencia escolar. Muchas fuentes de datos tienen información sobre las subpoblaciones que no se publica en los informes resumidos. Por ejemplo, pueden desglosarse datos de la encuesta de demografía y salud sobre las mujeres en edad fértil para mostrar los resultados correspondientes al grupo de 15 a 19 años de edad.

Para el seguimiento de la Estrategia Mundial también puede ser importante desagregar los datos dentro de la población adolescente. Por ejemplo, uno de los indicadores de la Estrategia Mundial es la prevalencia de la falta de actividad física de los adolescentes, pero esto puede diferir sustancialmente entre los adolescentes de menor y mayor edad, por ejemplo, por sexo dentro de cada uno de estos grupos de edad, por residencia en el sector urbano o rural y por asistencia o falta de asistencia de la población adolescente a la escuela. Pasar por alto estas diferencias puede significar que las necesidades de subpoblaciones particulares seguirán desatendidas por los programas. Además, a menudo se olvidan las necesidades específicas de los adolescentes de menor edad (de 10 a 14 años).

Pocas encuestas recopilan los datos sobre una muestra representativa de todos los adolescentes. Algunas, como la encuesta mundial de salud escolar y la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes, procuran incluir una muestra representativa de los adolescentes que asisten a la escuela dentro de rangos de edad especificados. Los sesgos introducidos al excluir a los adolescentes que no asisten a la escuela variarán por país, puesto que la proporción de adolescentes que están en la escuela difiere considerablemente. Sin embargo, es más problemático acceder a los adolescentes que no asisten a la escuela que acceder a los niños pequeños puesto que su movilidad es mucho mayor.

La alianza Todas las mujeres, todos los niños preparará un informe anual sobre el progreso hacia el logro de las metas de la Estrategia Mundial. Se planea hacer otras recopilaciones de datos existentes relacionados con los adolescentes, como el instrumento de seguimiento de los adolescentes en los países (Adolescent Country Tracker) encabezado por el UNICEF, y el índice mundial de la juventud en los ODS dirigido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Oficina del Enviado del Secretario General de las Naciones Unidas para la Juventud. También hay iniciativas en marcha o en proceso de planificación para incluir activamente a los adolescentes y adultos jóvenes en el seguimiento del progreso hacia el logro de las metas de la Estrategia Mundial o, en un plano más amplio, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Como ejemplos cabe citar la fase 4 de la iniciativa ACT!2015 en 12 países, dirigida por una coalición de organizaciones juveniles (The PACT) con el ONUSIDA y la Federación Internacional de Planificación Familiar. El objetivo es “establecer mecanismos de rendición de cuentas dirigidos por jóvenes y activados por datos para garantizar la participación de la juventud en la ejecución de los ODS y construir una base de datos probatorios para la promoción de la causa” (<http://www.ippf.org/our-approach/programmes/act2015>). Otra iniciativa está en proceso de desarrollo bajo el título provisional de “Las voces de los jóvenes cuentan” o “Youth Voices Count”, bajo el liderazgo de la OMS. Los países deben prepararse para hacer pleno uso de estas iniciativas mundiales y considerar la posibilidad de establecer mecanismos similares de recopilación de datos dirigidos por jóvenes para garantizar su participación en la ejecución y el seguimiento de los programas nacionales de salud de los adolescentes.

Es probable que durante el período de vigencia de la Estrategia Mundial aumente notablemente la posibilidad de recolectar o de aprovechar datos provenientes directamente de los adolescentes y adultos jóvenes a través de los medios electrónicos, como los mensajes de texto, los programas radiofónicos con participación telefónica de los oyentes y las redes sociales.

Existen dos ejemplos, a saber:

- U-Report – una “herramienta de envío de mensajes de texto por medio de las redes sociales que permite que una persona de cualquier comunidad, en cualquier lugar del mundo, responda a encuestas, denuncie problemas o apoye los derechos de los niños y trabaje como agente positivo de cambio en nombre de las personas en su país.” (<https://ureport.in/>);
- La organización Crisis Trends – explora las crisis que enfrentan las personas en los Estados Unidos, como la ansiedad (<http://crisistrends.org/>).

Dos estudios de casos en el anexo 6.3 ilustran la utilidad del seguimiento sistemático de los programas de salud de los adolescentes para:

- detectar la repercusión de un “Año de Sobriedad”, observado anualmente, en la asistencia a consultorios para el tratamiento de la toxicidad causada por el alcohol a los niños de 7 a 14 años de edad en Lituania (estudio de caso A6.1; (321)); y
- evaluar la repercusión que tiene la estrategia sobre el embarazo en la adolescencia lanzada en Inglaterra en las tasas de concepción en menores de 18 años y promover medidas en campos donde el desempeño fue subóptimo (estudio de caso A6.2).



©Ammad Khan

6. Seguimiento, evaluación e investigación

6.2.

Evaluación de programas de salud de los adolescentes

Si bien el seguimiento es la recopilación sistemática de datos para comprobar el progreso de un programa o la ejecución de una intervención, la evaluación es la determinación fundamental del grado en el cual el programa cumple sus metas y objetivos declarados. Procura responder preguntas como ¿“Ha logrado el programa sus objetivos, metas y fines conexos?” y ¿“Se administra de una manera eficaz y eficiente”? Las evaluaciones contribuyen a la base general de datos probatorios de la eficacia de las intervenciones y pueden emplearse para mejorar o reorientar la ejecución y para fines de planificación ulterior de programas. Pueden realizarlas los miembros del personal interno del programa o evaluadores externos. Los datos de seguimiento son un recurso importante para cualquier evaluación de un programa.

Las evaluaciones de programas deben seguir los criterios del Comité de Asistencia para el Desarrollo (373), que incluyen las siguientes mediciones:

- **pertinencia** – congruencia con la meta general de los programas y su repercusión deseada.
- **eficacia** – razones para lograr (o dejar de lograr) los principales objetivos del programa.
- **eficiencia** – utilización de los recursos menos costosos para lograr resultados.
- **impacto** – medidas de que el programa marcó una diferencia real para sus beneficiarios.
- **sostenibilidad** – probabilidad de que los beneficios del programa continuarán cuando haya cesado el apoyo externo.

Este documento no abarcará los fundamentos de la evaluación de programas en general. Se puede encontrar una buena orientación al respecto en otro sitio (368, 369). Aquí, el objetivo consiste en destacar los asuntos de particular importancia para la evaluación de los programas de salud de los adolescentes.

Los países deben realizar evaluaciones periódicas del grado en el cual su programa de salud de los adolescentes ha alcanzado las metas y objetivos relacionados con la Estrategia Mundial. En el estudio de caso 20 se da un ejemplo de una evaluación de la Iniciativa del Consultorio Nacional Adaptado a los Adolescentes en Sudáfrica (374). En el estudio de caso A6.3 en el anexo 6.3 se presenta una evaluación de un programa de salud sexual y reproductiva en el estado de Jharkhand, India (375).

Estudio de caso 20

Evaluación de las normas para mejorar la calidad de los servicios prestados a los adolescentes en los consultorios de Sudáfrica

La Iniciativa del Consultorio Nacional Adaptado a los Adolescentes (NAFCI) en Sudáfrica se introdujo en 1999 como elemento integral de LoveLife, un programa multidimensional de alcance nacional contra la infección por el VIH/sida centrado en los jóvenes. Los consultorios de la NAFCI aceptaron un conjunto de diez normas relacionadas con la prestación de servicios adaptados a los adolescentes. Entre junio del 2002 y marzo del 2003 se realizó una evaluación independiente. Un equipo del que formaba parte un representante de los jóvenes llevó a cabo una evaluación de un día en 11 consultorios de la NAFCI y en 11 consultorios de control seleccionados aleatoriamente dentro de la misma comunidad. Se evaluaron las 10 normas con 41 criterios específicos.

Los consultorios de la NAFCI funcionaron mucho mejor que los consultorios de control según criterios específicos relacionados con la prestación de servicios adaptados a los adolescentes, la determinación de las necesidades de salud

de los adolescentes en la comunidad, el conocimiento de los derechos de los adolescentes, la disponibilidad de información específica sobre los adolescentes y la actitud libre de prejuicios del personal. En general, la evaluación indicó que los consultorios de la NAFCI tenían una puntuación mucho mejor con respecto a 8 de las 10 normas.

Estos resultados se emplearon para apoyar el llamamiento a una mayor expansión de la NAFCI. La evaluación también reveló campos en los cuales se necesitaban otras mejoras para asegurar que todos los consultorios de la NAFCI cumplieran las 10 normas adaptadas a los adolescentes a las cuales se aspiraba y mostró que no bastaba con una única orientación con respecto a las normas. Se observaron mejoras considerables solamente cuando los consultorios contaron por algún tiempo con el apoyo de un facilitador capacitado en métodos de mejoramiento de la calidad.

Fuente: (374).

Para que una evaluación de los programas tenga sentido y sea útil, debe ser rigurosa y objetiva. Debe ser algo más que una lista de verificación superficial que revela poco acerca de la calidad o la cobertura de un programa ejecutado. Por ejemplo, una evaluación de un programa nacional de educación sexual integral debe abarcar algo más que el simple acto de documentar la incorporación de la educación sexual en el programa nacional de estudios. En la evaluación se debe examinar si cada aspecto del programa de estudios de educación sexual integral armoniza con los temas y métodos propuestos en las Orientaciones Técnicas Internacionales de la UNESCO sobre Educación en Sexualidad (376), en particular con cualquier tema que pueda ser delicado o polémico. En la evaluación se necesita examinar la calidad y la cobertura de los aspectos afines de los programas de capacitación de profesores. También se debe incluir un examen de la calidad y la cobertura de la ejecución de los programas de educación sexual integral. En condiciones ideales, tal evaluación incluiría la participación de expertos externos en la materia con el fin de asegurarse de tener la capacidad técnica necesaria para evaluar rigurosamente el programa y reducir la posibilidad de sesgo, puesto que los representantes del sector de educación pueden tener un conflicto de intereses.

La planificación para las evaluaciones debe ser parte integrante de la planificación de programas e incluirse en el plan inicial correspondiente para poder asignarles un presupuesto adecuado. Dicha planificación también ayuda a aclarar las metas y los objetivos específicos del programa, con lo cual es más fácil prever y evitar los retos que, de otro modo, enfrentarían los evaluadores.

La función principal de un sistema de evaluación y seguimiento es producir información que sirva de base para las decisiones administrativas. Si se evalúan los programas, la información obtenida debe incorporarse directamente y con prontitud en la planificación programática y el establecimiento de prioridades. Los exámenes periódicos de los programas son una manera de asegurarse de emplear los resultados de las evaluaciones en lugar de dejarlos recoger polvo en los estantes. Estos exámenes deben incluir una evaluación en la que se tengan en cuenta los resultados de las evaluaciones internas y externas de los programas. En el estudio de caso A6.4 en el anexo 6A.3 se presenta un ejemplo de un examen de esa índole hecho en la India, basado en un artículo de Hoopes et al. 2016 (377). En los exámenes de los programas también es preciso tener en cuenta los datos de seguimiento disponibles y la opinión de los interesados directos, que deben incluir el punto de vista de los propios adolescentes y de organizaciones dirigidas por jóvenes y proveedoras de servicio a ellos. Los resultados de la evaluación deben incorporarse en procesos de examen participativos donde se reevalúen y modifiquen las prioridades, los métodos y las metas de los programas, según sea necesario.

6. Seguimiento, evaluación e investigación

6.3.

Áreas prioritarias para futura investigación

La investigación procura ampliar el conocimiento actual mediante el descubrimiento de nuevos hechos. Los capítulos anteriores de este documento han demostrado que se sabe mucho acerca de la carga de enfermedad y las lesiones en la adolescencia y los factores de riesgo de una futura carga en la edad adulta, qué intervenciones de salud de los adolescentes son eficaces, y cuál es la mejor forma de priorizar estas intervenciones para su ulterior ejecución dentro de los programas de salud de los adolescentes. Sin embargo, será indispensable investigar más para progresar dentro de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) con el fin de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible ambiciosos relacionados con la salud. En atención a esto último, la investigación y la innovación son una de los nueve áreas de acción destacadas por la Estrategia Mundial (11). Las áreas clave incluirán investigación para crear un conjunto de datos probatorios a partir de los cuales deben ejecutarse las intervenciones e investigación sobre la mejor manera de realizar intervenciones basadas en datos probatorios (investigación sobre el “qué” y el “cómo” de los programas de salud de los adolescentes, respectivamente).

Sin embargo, la capacidad de investigación sobre la salud de los adolescentes es débil en relación con la realizada sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño, en particular en los países de ingresos medianos y bajos donde más se necesita (55). La inversión en el fortalecimiento de la capacidad de investigación tendrá que incluir varias disciplinas y probablemente redundará en un cuantioso rendimiento de la inversión.

Es elevado el número de preguntas importantes sobre investigación. Habrá que seleccionar las prioridades para efectos de la inversión.

La OMS realizó recientemente dos ejercicios mundiales de establecimiento de prioridades de investigación sobre la salud de los adolescentes para ayudar a los países a priorizar sus inversiones en investigación (378, 379). En ambos casos se emplearon versiones de la metodología de Instituto de Investigación sobre Salud y Nutrición del Niño (380), en la cual los expertos proponen posibles preguntas para fines de investigación y luego las califican según criterios explícitos relacionados con la claridad, la rendición de cuentas, la importancia, la posibilidad de ejecución y la pertinencia para la equidad.

El primer ejercicio de establecimiento de prioridades (378) se centró en siete áreas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes:

- salud materna
- anticoncepción
- violencia de género
- tratamiento y atención de pacientes con infección por el VIH
- aborto
- integración de los servicios de planificación familiar con los relacionados con la infección por el VIH
- infecciones de transmisión sexual.

Las cinco preguntas principales de investigación sobre salud sexual y reproductiva en cada una de estas siete áreas se resumen en el cuadro A6.3 en el anexo 6.4, junto con el tipo de pregunta. La mayoría de las preguntas fueron descriptivas, por ejemplo, investigación y evaluación epidemiológica de las intervenciones existentes (n=16), o guardaron relación con el desarrollo de intervenciones, por ejemplo, investigación operativa o ampliación de las intervenciones existentes (n=18), y solamente dos se refirieron al descubrimiento de nuevas intervenciones.

El segundo ejercicio (379) cubrió otras ocho áreas de salud de los adolescentes:

- prevención y manejo de las enfermedades transmisibles
- lesiones y violencia
- salud mental
- tratamiento de las ENT
- nutrición
- actividad física
- uso de sustancias
- política y sistemas sociales y de salud

Las cinco preguntas principales de investigación en cada una de estas ocho áreas se resumen en el cuadro A6.4 en el anexo 6.4, junto con el tipo de pregunta. La mayoría de las 40 preguntas clasificadas en grupos de cinco por su importancia en cada una de las ocho áreas de salud guardaron relación con la epidemiología descriptiva (n=13), el desarrollo y la puesta a prueba de intervenciones (n=8) o la realización/ejecución de intervenciones (n=14), y pocas tuvieron que ver con el descubrimiento de intervenciones (n=3) o con la investigación sobre políticas de salud o sobre sistemas sociales y de salud centrados en los adolescentes (n=2).

Ambos ejercicios indicaron que las prioridades han dejado de centrarse en preguntas básicas sobre la prevalencia de enfermedades específicas para pasar a preguntas acerca de la mejor manera de ampliar las intervenciones existentes y probar la eficacia de las nuevas.

Las prioridades de investigación sobre el matrimonio de menores también se determinaron en una reunión del grupo de expertos celebrada por la OMS en el 2013 (396). Se identificaron cinco áreas clave: prevalencia y tendencias, causas, consecuencias, esfuerzos de prevención y esfuerzos para apoyar a las niñas casadas.

6.4.

Inclusión de los adolescentes en actividades de seguimiento, evaluación e investigación

En condiciones ideales, en el seguimiento, la evaluación y la investigación de los programas diseñados para mejorar la salud de los adolescentes siempre se debe incluir la opinión de los adolescentes. Hay también una creciente posibilidad de que los adolescentes o los jóvenes participen como evaluadores activos y no solamente como “sujetos” de la evaluación. Esta participación puede incluir una activa e importante participación de los adolescentes en el diseño, la ejecución, el análisis y la interpretación de los resultados, así como en la formulación de las recomendaciones resultantes de la evaluación de los programas. En la Guía para la Participación de la Juventud elaborada por Family Health International y Advocates for Youth (382) se pueden encontrar ideas sobre la forma de incluir a los adolescentes.

La capacidad de los adolescentes en rápido proceso de evolución es importante en relación con su consentimiento y asentimiento en la recopilación de datos, y en la función que pueden tener los adolescentes al participar activamente en el diseño, la ejecución, el análisis y la interpretación de las evaluaciones del programa. La capacidad de un joven de 19 de años de edad será muy diferente de la de uno de 10 de años de edad. Además, no todos los adolescentes de la misma edad tendrán la misma capacidad. Como resultado, puede ser necesario emplear varios métodos de recopilación de datos e instrumentos de estudio durante la adolescencia y quizá sea preciso adoptar métodos especiales de recopilación de datos para superar la timidez o asegurar la comprensión, especialmente entre los adolescentes de corta edad. Por ejemplo, se pueden necesitar diferentes instrumentos de recopilación de datos para los adolescentes de menor y mayor edad o discapacitados.

A menudo se requiere una consulta extra con los adolescentes, sus familias y sus comunidades antes de la recopilación de datos. Un ejemplo de ello sería si se hará una encuesta basada en un cuestionario con preguntas sobre asuntos delicados destinada a adolescentes que no han alcanzado la mayoría de edad establecida por la ley (generalmente menores de 18 años), por ejemplo, preguntas a adolescentes solteros acerca de su comportamiento sexual o consumo de drogas ilícitas. Además, se requiere el consentimiento apropiado de los padres o los tutores legales y el asentimiento de los propios adolescentes en el caso de los menores de edad. También es preciso tener en cuenta las disposiciones legales y éticas en materia de protección y garantía de acceso a servicios.

La posibilidad de equilibrar los beneficios que podría reportar para todos los adolescentes una evaluación o un estudio de investigación con los derechos de determinados adolescentes que participarán en la recopilación de datos requiere examen cuidadoso por un comité de ética (160).

En todas las actividades de seguimiento, evaluación e investigación se debe tener en cuenta la capacidad de los adolescentes en proceso de evolución y ofrecer la debida protección. A pesar de estos asuntos adicionales, no se debe excluir innecesariamente a los adolescentes de la participación en el seguimiento, la evaluación y la investigación de los programas

7. Conclusiones

Ante nosotros se abre una época llena de ilusión para la salud de los adolescentes. En muchos países, los servicios de salud pensados para ellos ya no dependen de los destinados a los niños o los adultos, sino que se han elaborado programas nacionales independientes. Estas iniciativas varían enormemente entre los distintos países y regiones, e incluso dentro de ellos, pero muchos países han conseguido incrementar la educación básica en salud sexual y reproductiva en las escuelas y ofrecen a los adolescentes servicios y productos básicos sobre estas cuestiones a través de los centros de salud. Además, algunos países están procurando ampliar los programas de salud en la adolescencia para incluir otras prioridades, como las lesiones y la violencia, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los hábitos alimentarios, la actividad física, la salud mental y el consumo de sustancias.

Ante nosotros se abre una época llena de ilusión para la salud de los adolescentes.

Con todo, todavía queda mucho por hacer. Cada vez es más evidente que otros problemas (algunos de los cuales afectan a la adolescencia pero también contribuyen de forma notable a la morbilidad y mortalidad en la edad adulta) no han recibido la atención merecida y requieren de una programación específica a nivel nacional. Entre ellos cabe citar otras causas de enfermedad y lesiones, así como problemas sociales, educativos y económicos de mayor envergadura que afectan a la salud, el desarrollo y el bienestar de los adolescentes.

Hoy en día, se han realizado estudios y se han elaborado las herramientas que necesitan los Gobiernos para afrontar estos desafíos de forma eficaz, tal como se describe en esta Guía AA-HA! para la aplicación en los países. Los Gobiernos también disponen de sólidos argumentos económicos, de salud pública y de derechos humanos para hacerlo. Con ello, estarán aprovechando el triple

dividendo de beneficios: para los adolescentes ahora, para su vida adulta en el futuro y para la generación venidera. Las personas y entidades que han colaborado con las Naciones Unidas en la redacción de esta guía están más que dispuestas a brindar asistencia técnica a los países para que aceleren la acción en pro de la salud de los adolescentes.

Es importante que los Gobiernos y sus asociados aprendan a medida que aplican los programas de salud de los adolescentes con la Guía AA-HA! y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) en su conjunto. Por otro lado, las plataformas de aprendizaje permitirán poner en común las experiencias, para que la Guía AA-HA! se convierta en un documento vivo.



8. Bibliografía

1. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Definition of youth. Folleto informativo; 2016. (<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>).
2. Banco Mundial. World development indicators. Washington, DC; 2016. (<https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).
3. Mathers C, Gretchen S, Ho J, Fat DM, Retno W. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Ginebra: OMS; 2013. (http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf).
4. Population Reference Bureau. The challenge of attaining the demographic dividend. Policy brief. Washington, DC; 2012. (<http://www.prb.org/pdf12/demographic-dividend.pdf>).
5. Organización Mundial de la Salud. The determinants of health. En: WHO Health Impact Assessment [página web]. Disponible en: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en>
6. Organización Mundial de la Salud. Marco de respuesta a emergencias. Washington, DC: OPS; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89604/1/9789275317853_spa.pdf?ua=1).
7. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010; 7 (2): 675-97. (<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/2/675>).
8. Organización Mundial de la Salud. Gender, equity and human rights [página web]. (<http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en>).
9. Napierala Mavedzenge S, Luecke E, Ross DA. Effectiveness of HIV prevention treatment and care interventions among adolescents: a systematic review of systematic reviews. UNICEF technical brief. Nueva York: UNICEF; 2013. (https://www.grassrootsoccer.org/wp-content/uploads/SystReview-of-Syst-Review-Napierala-Mavedzenge-et-al-UNICEF-Techn-Brief-Systematic-Review_Effective-HIV-Response-in-Adolescents_2013.pdf).
10. Organización Mundial de la Salud. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multi-sectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252276/1/9789241511537-eng.pdf?ua=1>).
11. Organización Mundial de la Salud. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Nueva York; 2015. (http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1).
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (editores). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
13. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. En: OMS: Temas de salud [página web]. (http://www.who.int/topics/risk_factors/es).
14. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York; 1989. (<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
15. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (CRC/C/GC/20). (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=CRC/C/GC/20&referer=http://www.un.org/es/documents/index.html&Lang=S).
16. a. Organización Mundial de la Salud. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Ginebra; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
b. Organización Mundial de la Salud. Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Ginebra; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
c. ONUSIDA. Prevention Gap Report. Ginebra; 2016. (<http://www.refworld.org/docid/57862e014.html>).
17. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2016; 387 (10036): 2383-401. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616006486>).
18. Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes: Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios. Ginebra; 2015. (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28569/9789275319048_v1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
19. UNESCO. Puberty education & menstrual hygiene management. París; 2014. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf>).
20. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2004; 591 (1): 98-124. (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002716203260102>).
21. House S, Mahon T, Cavill S. Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world. *WaterAid*; 2012. (<http://www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications/view-publication?id=02309d73-8e41-4d04-b2ef-6641f6616a4f>).
22. Unión Internacional de Telecomunicaciones. Directrices sobre Protección de la Infancia en Línea para los encargados de formular políticas. Ginebra; 2009. (<https://www.itu.int/en/cop/Documents/guidelines-policy%20makers-s.pdf>).
23. Unión Internacional de Telecomunicaciones. Guidelines for children on child online protection. Ginebra; segunda edición, 2016. (<https://www.itu.int/en/cop/documents/s-gen-cop.child-2016-pdf-e%5b1%5d.pdf>).
24. Unión Internacional de Telecomunicaciones. Guidelines for parents, guardians and educators on child online protection. Ginebra; segunda edición, 2016. (<http://www.itu.int/en/cop/pages/guidelines.aspx>).
25. Sumpter C, Torondel B. A systematic review of the health and social effects of menstrual hygiene management. *PLoS One* 2013; 8 (4): e62004. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637945>).

26. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA framework for action on adolescents & youth. Opening doors with young people: 4 keys. Nueva York; 2007.
27. Save the Children y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Every child's right to be heard: a resource guide on the UN committee on the rights of the child general comment No. 12. Londres; 2011. (https://www.unicef.org/french/adolescence/files/Every_Childs_Right_to_be_Heard.pdf)
28. Organización Mundial de la Salud. Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Ginebra; 2002. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en).
29. Organización Mundial de la Salud. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Ginebra; 2002. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en).
30. Organización Mundial de la Salud. Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school. Information series on school health document 10. Ginebra; 2003. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42819>).
31. Organización Mundial de la Salud. Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school. Information series on school health document 9. Ginebra; 2003. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>).
32. Organización Mundial de la Salud. Family life, reproductive health, and population education: key elements of a health-promoting school. Information series on school health document 8. Ginebra; 2003. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
33. Organización Mundial de la Salud. Helping parents in developing countries improve adolescents' health. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43725/1/9789241595841_eng.pdf).
34. Organización Mundial de la Salud. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Ginebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44387/1/9789241599962_eng.pdf).
35. Organización Mundial de la Salud. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on ehealth. Ginebra; 2011. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
36. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. Ginebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1).
37. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Ginebra; 2016. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34071/978927531957-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>).
38. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A global imperative. Luxemburgo; 2014. (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en).
39. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos y Organización Mundial de la Salud. Food and nutrition needs in emergencias. Ginebra, 2002. (<http://www.who.int/nutrition/publications/emergencias/a83743/en>).
40. The Sphere Project. The sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Bourton on Dunsmore (Reino Unido): Practical Action Publishing; 2011. (<http://www.sphereproject.org>).
41. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo [sic] del riesgo de desastres, para la salud. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf).
42. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Advocating for change for adolescent health. A practical toolkit for young people to advocate for improved adolescent health and well-being. Ginebra; OMS, 2017.
43. Organización Mundial de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Ginebra; 2004. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43117/1/924159263X.pdf>).
44. Organización Mundial de la Salud. Do's and don'ts in community-based psychosocial support for sexual violence survivors in conflict-affected settings. Ginebra; 2012. (<http://www.unhcr.org/protection/health/50b48c4f6/dos-donts-community-based-psychosocial-support-sexual-violence-survivors.html>).
45. Organización Mundial de la Salud. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, DC; OPS, 2017. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33741/9789275319413-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>).
46. Comité Permanente entre Organismos. Sexual and reproductive health (SRH) including HIV: From minimum initial response to comprehensive services. 2010.
47. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios. Revisión 2010 para Informe de Trabajo. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencias/field_manuel_rh_humanitarian_settings_es.pdf?ua=1).
48. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y USAID. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policies and programmes. Ginebra; 2015. (https://www.unicef.org/media/files/IntegratingWASHandNut_WHO_UNICEF_USAID_Nov2015.pdf).
49. Organización Mundial de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC; OPS, 2016. (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
50. Todas las mujeres, todos los niños. A global strategy for every woman every child in every setting. EWEC Technical Content Workstream Working Group on Humanitarian Challenges (21 de marzo del 2015). (http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15_revised_EWEC_Humanitarian150322RK-MT-HD_11_2015-03-24.pdf).
51. UN Secretary-General announces \$ 25 billion in initial commitments to end preventable deaths of women, children and adolescents by 2030. En: United Nations Sustainable Development Goals [página web], 26 de septiembre del 2015. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/09/un-secretary-general-announces-25-billion-in-initial-commitments-to-end-preventable-deaths-of-women-children-and-adolescents-by-2030/>)
52. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución A/RES/70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York; 2015. (<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>).

8. Bibliografía

53. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación general n° 4 (2003): La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la convención sobre los derechos del niño. (CRC/GC/2003/4). (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/27/PDF/G0342727.pdf?OpenElement>).
54. Deogan C, Ferguson J, Stenberg K. Resource needs for adolescent friendly health services: estimates for 74 low- and middle-income countries. *PLoS One* 2012; 7 (12): e51420. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300548>).
55. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387 (10036): 2423-78. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00579-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00579-1/fulltext)).
56. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. *Lancet* 2014; 383 (9925): 1333-54. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361362231X>).
57. Urdal H. A clash of generations? Youth bulges and political violence. Expert paper No. 2012/1. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de Población); 2012. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2012-1_Urdal_Expert-Paper.pdf.
58. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de Población). Population 2030: Demographic challenges and opportunities for sustainable development planning. (ST/ESA/SER.A/389). Nueva York; 2015. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Population2030.pdf>.
59. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estrategias Nacionales de Lucha contra la Pobreza: ¿Por qué invertir en la juventud? Nueva York; 2010. (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Case%20for%20Investing-FINAL_ES_v1-2.pdf).
60. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la nueva generación. Washington, DC; 2007. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5989>).
61. Chaaban J, Cunningham W. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend. Nueva York: Banco Mundial; 2011. (<http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753>).
62. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet* 2012; 379 (9826): 1564-7. ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60472-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60472-3.pdf)).
63. Bird K. The intergenerational transmission of poverty: an overview. Overseas Development Institute working paper 286 / Chronic Poverty Research Centre Working Paper 99. Londres: ODI/CPRC; 2007. (<https://pdfs.semanticscholar.org/b845/f2b2e157e341a8f4b9fde9d1477ef4ac1fca.pdf>).
64. D'Addio AC. Intergenerational transmission of disadvantage: mobility or immobility across generations? OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 52. París: OCDE, 2007. (www.oecd.org/els/38335410.pdf).
65. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. La adolescencia: una época de oportunidades. Nueva York; 2011. (https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf).
66. Organización Mundial de la Salud. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Ginebra; 2004. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241592273/en).
67. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Global status report on violence prevention 2014. Ginebra; 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en).
68. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 10: Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva. Estado de la población mundial 2016. Nueva York; 2016. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf).
69. Todas las mujeres, todos los niños. Technical guidance for prioritizing adolescent health. Nueva York: UNFPA; 2017. (<http://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health>).
70. Organización Mundial de la Salud. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Ginebra; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/en/.
71. Organización Mundial de la Salud. Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente. Nota normativa. Ginebra; 2015. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254661/1/WHO-FWC-MCA-15.05-spa.pdf?ua=1>).
72. Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. *J Adolesc Health* 2008; 42 (4): 335-43. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0800075X>).
73. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1).
74. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience* 2012; 13 (9): 636-650. (<http://www.nature.com/nrn/journal/v13/n9/full/nrn3313.html>).
75. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007; 369 (9567): 1130-9. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607603663>).
76. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health* 2009; 45 (3): 216-21. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892678/pdf/nihms207310.pdf>).
77. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care. Committee opinion No. 653 summary: concerns regarding social media and health issues in adolescents and young adults. *Obstet Gynecol* 2016 Feb; 127 (2): 414. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942381>).
78. Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research. *Current Opinion in Pediatrics* 2014; 26 (5): 605-19. (<http://www.medscape.com/medline/abstract/25160783>).

79. Boyar R, Levine D, Zensius N. TECHsex USA: youth sexuality and reproductive health in the digital age. Oakland: ISIS, Inc; 2011. (<https://www.yth.org/wp-content/uploads/YTH-youth-health-digital-age.pdf>).
80. Third A, Bellerose D, Dawkins U, Keltie E, Pihl K. Children's rights in the digital age: a download from children around the world. Melbourne: Young and Well Cooperative Research Centre; 2014. (https://www.unicef.org/publications/index_76268.html).
81. Parker I. Young people, sex and relationships: the new norms. London: Institute for Public Policy Research; 2014. (http://www.ippr.org/files/publications/pdf/young-people-sex-relationships_Aug2014.pdf?noredirect=1).
82. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: review of an old problem gone viral. *J Adolesc Health* 2015; 57 (1): 10-8. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X15001664>).
83. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies* 2016: 1-28. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-016-9627-5>).
84. Day A. Getting the 'blues': the existence, diffusion and influence of pornography on young peoples' sexual health in Sierra Leone. *Cult Health Sex* 2014; 16 (2): 178-89. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387328>).
85. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P, et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: a scoping review of social media studies. *JAMA Pediatrics* 2015; 169 (8): 770-7. (<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2337786>).
86. Kuss DJ, Griffiths MD. Online gaming addiction in children and adolescents: a review of empirical research. *J Behav Addict* 2012 Mar; 1 (1): 3-22. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26166826>).
87. Lam LT. Risk factors of internet addiction and the health effect of internet addiction on adolescents: a systematic review of longitudinal and prospective studies. *Current Psychiatry Reports* 2014; 16 (11): 1-9. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0508-2>).
88. Moreno MA, Whitehill JM. Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. *Alcohol Research: current reviews* 2014; 36 (1): 91. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4432862/>).
89. N'Dri KM, Yaya I, Saka B, Aboubakari AS, Kouassi DP, Ekou KF. Pornography and sexual behaviour of schoolchildren in the Cocody district of Abidjan. *Santé Publique* 2015; 27 (5): 733-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752039>).
90. Shek DT, Ma CM. A six-year longitudinal study of consumption of pornographic materials in Chinese adolescents in Hong Kong. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29 (1): S12-S21. ([http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(15\)00325-3/abstract](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00325-3/abstract)).
91. Svedin CG, Åkerman I, Priebe G. Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *Journal of Adolescence* 2011; 34 (4): 779-88. (<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.010>).
92. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.
93. Viner RM, Hargreaves DS, Ward J, Bonell C, Mokdad AH, Patton G. The Health Benefits of secondary education in adolescents and young adults: an international analysis in 186 low-, middle- and high-income countries from 1990 to 2013. *SSM-Population Health* 3 (2017) 162-171. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301690>).
94. Prüss-Üstün A y Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease (first edition). Ginebra: OMS; 2006. (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf).
95. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Un entorno sano para niños sanos: Mensajes básicos para actuar. Ginebra; 2010. (http://www.who.int/ceh/publications/hehc_booklet_en.pdf).
96. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. State of the science of endocrine disrupting chemicals - 2012. Ginebra; 2013. (<http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en>).
97. Climate change and health [consulta de junio del 2016]. En: WHO Media Centre [página web]. (<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs266/en>).
98. Organización Mundial de la Salud. Childhood lead poisoning. Ginebra; 2010. (<http://www.who.int/ceh/publications/leadguidance.pdf>).
99. Organización Mundial de la Salud. Children's exposure to mercury compounds. Ginebra; 2010. (http://www.who.int/ceh/publications/children_exposure/en).
100. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra; 2003. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf?ua=1>).
101. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43891/1/9789243596631_spa.pdf).
102. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra; 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44486/1/9789243599939_spa.pdf?ua=1&ua=1.
103. Organización Mundial de la Salud. Policy brief: taking measures to implement the who set of recommendations to reduce the impact of the marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages to children. Ginebra; 2014. <http://www.who.int/nmh/ncd-coordination-mechanism/Policybrief31.pdf>.
104. Sonenstein FL. Introducing the well-being of adolescents in vulnerable environments study: methods and findings. *J Adolesc Health* 2014; 55 (6 Suppl): S1-3. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453997>).

8. Bibliografía

105. Organización Mundial de la Salud, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins y Fondo de Población de las Naciones Unidas. The global early adolescent study: an exploration of the evolving nature of gender norms and social relations 10-14 years: a critical age. (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2015/04/GEAS-March-2015.pdf>).
106. Organización Panamericana de la Salud. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás: Manual técnico. Washington, DC; 2017. (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34933/9789275319772_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
107. Trastornos del espectro autista (nota descriptiva actualizada en abril del 2017). En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es>).
108. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra; 2002. (<http://www.who.int/whr/2002/es>).
109. USAID, PEPFAR y Youthpower. Positive youth development measure toolkit: a practical guide for implementers of youth programs. Washington, DC; 2016. (https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/PYD%20Measurement%20Toolkit%20Final.pdf?FmETOPj.28pXhWjfwDXARknamn-NBVg_r).
110. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. Young people and alcohol: a resource book. Ginebra; 2015. (http://www.wpro.who.int/mental_health_substance_abuse/publications/youngpeoplealcohol_wpro/en).
111. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Learning Center literature review: positive youth development. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2015. (http://www.nrepp.samhsa.gov/docs/literatures/nrepp%20lit%20review_positive%20youth%20development.pdf).
112. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Accelerating programming for and with adolescents. UNICEF 2014-2017 strategic plan. Nueva York; 2014. (<https://www.ungm.org/unuser/documents/downloadpublicdocument?docid=314191>).
113. Cook P. Understanding the effects of adolescent participation in health programmes. *The International Journal of Children's Rights*. 2008; 16 (1): 121-39. (<http://booksandjournals.brillonline.com/content/journals/10.1163/O92755608x267139>).
114. Organización Mundial de la Salud. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Ginebra; 2017. (<http://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/en>).
115. Banco Mundial. Working together to attain women's empowerment and demographic dividend in the Sahel. Nueva York; 2015 [inédito].
116. Federación Internacional de Planificación Familiar. Everyone's right to know: delivering comprehensive sexuality education for all young people. Londres; 2016. (https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-05/ippf_cse_report_eng_web.pdf).
117. Organización Mundial de la Salud. Food safety in natural disasters. International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) information note No. 5/2005. (http://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_05_NaturalDisasters_Sept05_en.pdf)
118. Organización Mundial de la Salud. Youth and road safety. Ginebra; 2007. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/youth_roadsafety/en/).
119. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. World report on child injury prevention. Ginebra; 2008. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en).
120. Organización Mundial de la Salud. Injuries and violence: the facts 2014. Ginebra; 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en).
121. Organización Mundial de la Salud. Youth violence: the health sector role in prevention and response. Infográfico. Ginebra; 2015. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/yv_infographic_small.pdf?ua=1).
122. Organización Mundial de la Salud. Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): Documento complementario al plan de acción mundial sobre vacunas (GVAP). Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25860/1/9789243510101-spa.pdf>).
123. ONUSIDA. Global AIDS update. Ginebra; 2016. (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/global-aids-update-2016>).
124. Organización Mundial de la Salud. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).
125. Unión Interparlamentaria, Organización Mundial de la Salud. Child, early and forced marriage legislation in 37 Asia-Pacific countries. Ginebra; 2016. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/gender_rights/cefm-asia-pacific/en).
126. Looker KJ, Magaret AS, May MT, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL, et al. Global and regional estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 1 infections in 2012. *PLoS One* 2015; 10 (10): e0140765. (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140765>).
127. Organización Mundial de la Salud. Virus del herpes simple [nota descriptiva actualizada en enero del 2017]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/es>).
128. Organización Mundial de la Salud. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence. Ginebra; 2004. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42902/1/9241591420_eng.pdf).
129. Organización Mundial de la Salud. The human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [nota descriptiva actualizada en junio del 2016]. En: WHO Media Centre [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en>).
130. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [nota descriptiva actualizada en septiembre del 2014]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es>).
131. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; issue 7, art. No. CD001863. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001863.pub4/full>).

132. Organización Mundial de la Salud. Every woman, every child, every adolescent: achievements and prospects. The final report of the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health. Ginebra; 2015. (http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg-reports/2015/iERG2015-ExecutiveSummary-EN.pdf?ua=1).
133. Neelofur-Khan D. Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes issues in adolescent health and development. Ginebra; OMS, 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43702/1/9789241595650_eng.pdf).
134. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A study on early child marriage in Jordan 2014. Ammán; 2014. (http://www.unicef.org/jordan/UNICEFJordan_EarlyMarriageStudy2014-E_COPY_.pdf).
135. Organización Mundial de la Salud. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. Ginebra; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596442_eng.pdf).
136. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367 (9525): 1835. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/fulltext)).
137. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Hacia el fin de las ITS. Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>).
138. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Married adolescents. No place of safety. Ginebra; 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43369/1/9241593776_eng.pdf).
139. Organización Mundial de la Salud. Typhoid vaccines: WHO position paper. Ginebra; 2008. (<http://www.who.int/wer/2008/wer8306.pdf>).
140. Organización Mundial de la Salud. Meningitis meningocócica [nota descriptiva actualizada en noviembre del 2015]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es>).
141. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the treatment of malaria – 3rd edition. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf).
142. Organización Mundial de la Salud. The Africa Health Transformation Programme 2015-2020: A Vision for Universal Health Coverage. Brazzaville; 2015. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206535/1/9789290233022.pdf>).
143. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu HH, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A, et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA Pediatrics* 2016; 170 (3): 267-87. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810619>).
144. Nankabirwa J, Brooker SJ, Clarke SE, Fernando D, Gitonga CW, Schellenberg D, et al. Malaria in school-age children in Africa: an increasingly important challenge. *Trop Med Int Health* 2014; 19 (11): 1294-309. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145389>).
145. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2015. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf).
146. Organización Mundial de la Salud. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89506/1/9789241506137_eng.pdf).
147. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas [nota descriptiva actualizada en septiembre del 2016]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es>).
148. Organización Mundial de la Salud. Sickle-cell disease and other haemoglobin disorders [nota descriptiva actualizada en enero del 2011]. En: WHO Media Centre [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/en>).
149. Verduzco LA, Nathan DG. Sickle cell disease and stroke. *Blood* 2009; 114 (25): 5117-25. (<http://www.bloodjournal.org/content/114/25/5117?variant=full-text&sso-checked=true>).
150. Organización Mundial de la Salud. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Ginebra; 2007. (<http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf?ua=1>).
151. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003; 16 (5): 269-83. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318803001475>).
152. Krowchuk DP. Managing adolescent acne: a guide for pediatricians. *Pediatr Rev* 2005; 26 (7): 250-61.
153. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases risk behaviours among youth in the South-East Asia Region: findings from GSHS and GYTS. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249590/1/9789290225232.pdf>).
154. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66 (6): 477-93. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399908004935>).
155. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379 (9834): 2373-82. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612603225>).
156. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. En: Rey JM (editor). *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia y Profesiones Afines; 2012: 1-35. (<http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>).
157. Organización Mundial de la Salud. Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista. Informe de la Secretaría. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_4-sp.pdf).
158. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Women's Refugee Commission. *Young people on the Frontlines of Crisis*. 2015. (<https://consultations.worldhumanitariansummit.org/node/504128>).

8. Bibliografía

159. Organización Mundial de la Salud. WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Ginebra; 2007. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241595681/en/>).
160. Organización Mundial de la Salud. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda: report of a WHO technical consultation, Geneva, 4-5 November 2010. Ginebra; 2011. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/rhr_11_11/en).
161. Organización Mundial de la Salud. Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions. Ginebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75179/1/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf?ua=1).
162. Save the Children. Every last girl. Londres; 2016. (http://www.ceipaz.org/images/contenido/every_last_girl.pdf).
163. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. The State of the World's Children 2013. Children with disabilities. Nueva York; 2013. (https://www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf).
164. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ending child marriage: progress and prospects. Nueva York; 2014. (https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR_.pdf).
165. Barker G. ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra: OMS; 2000. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66489/1/WHO_FCH_CAH_00.7_spa.pdf).
166. Menstrual Hygiene Scheme. En: National Health Mission, Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram [programa nacional de salud en la adolescencia] [página web]. Nueva Delhi: Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Gobierno de la India; 2012. (<http://nhm.gov.in/nrhm-components/rmnch-a/adolescent-health-rksk/menstrual-hygiene-scheme-mhs/background.html#>).
167. Organización Mundial de la Salud. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults. Ginebra; 2011. (<http://www.who.int/hiv/pub/imai/imai2011/en>).
168. Organización Mundial de la Salud. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Ginebra; 2013. (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/78256/1/9789241564564_eng.pdf?ua=1).
169. Organización Mundial de la Salud. Child development and motorcycle safety. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2015. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/childdevandmcsafety2015.pdf?ua=1).
170. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre los ahogamientos: Prevenir una importante causa de mortalidad. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251498/1/9789243564784_spa.pdf?ua=1).
171. Organización Mundial de la Salud. Drowning prevention in the South-East Asia Region-2014. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2014. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/info-sheetdrowningprevention-sear2014.pdf?ua=1).
172. Organización Mundial de la Salud. A WHO plan for burn prevention and care. Ginebra; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf).
173. Organización Mundial de la Salud. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and well-being of women and children. Ginebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf).
174. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on road traffic injury prevention. Ginebra: OMS; 2004. (http://cdrwww.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/intro.pdf).
175. Organización Mundial de la Salud. Burn prevention: success stories and lessons learned. Ginebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97938/1/9789241501187_eng.pdf).
176. Organización Mundial de la Salud. La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia. Washington, DC: OPS; 2016. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1.
177. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [nota descriptiva actualizada en septiembre del 2016]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs150/es>).
178. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP. Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29 (10): 1099-119. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213405002097>).
179. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, Deveber G, et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a special writing group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. *Stroke* 2008; 39 (9): 2644-91. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635845>).
180. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra; 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf).
181. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. Ginebra: OMS; 2003. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/intervening_full.pdf).
182. Organización Mundial de la Salud. Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. Ginebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44361/1/9789241563963_eng.pdf).
183. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: Qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf.
184. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health*. 2014;54(1):3-13. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13004606>).

185. Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).
186. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Ginebra; 2003. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>).
187. 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 orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. París; 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>).
188. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9 (3): e89692. (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089692>).
189. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Comprehensive sexuality education: a global review 2015. París; 2015. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002357/235707e.pdf>).
190. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Ginebra; 2011. (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf).
191. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJA. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *J Adolesc Health* 2006; 38 (1): 56.e1-e9. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X05000273>).
192. Crisman B, Dykstra S, Kenny C, O'Donnell M. The impact of legislation on the hazard of female genital mutilation/cutting: regression discontinuity evidence from Burkina Faso. Working paper 432, July 2016. Washington, DC: Centro para el Desarrollo Mundial (CGD); 2016. (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity.pdf>).
193. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf).
194. Save the Children. Too young to wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. Londres; 2014. (http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/TOO_YOUNG_TO_WED_REPORT_0714.PDF).
195. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Early marriage: child spouses. Florencia; 2001. (https://www.unicef.org/childrenandislam/downloads/early_marriage_eng.pdf).
196. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. Nueva York; 2015. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf).
197. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Copenhagen; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf).
198. Organización Mundial de la Salud. Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths. Ginebra; 2012. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_17/en).
199. Organización Mundial de la Salud. Sexually transmitted infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Ginebra; 2013. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/).
200. Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in Eastern and Southern Africa by 2021. Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246234/1/WHO-HIV-2016.17-eng.pdf?ua=1>).
201. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf).
202. Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: Guías para programas nacionales y otros interesados directos. Ginebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44838/1/9789243503004_spa.pdf).
203. Organización Mundial de la Salud. HIV and young people who sell sex. Technical brief. Ginebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_who_sell_sex_en.pdf).
204. Organización Mundial de la Salud. HIV and young people who inject drugs. Technical brief. Ginebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_drugs_en.pdf).
205. Organización Mundial de la Salud. HIV and young men who have sex with men. Technical brief. Ginebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_men_sex_with_men_en.pdf).
206. Organización Mundial de la Salud. HIV and young transgender people. Technical brief. Ginebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf).
207. Gobierno de la República de Sudáfrica. A message to educators on tuberculosis. Pretoria: Departamento de Educación Básica; 2015. (https://www.education.gov.za/portals/0/documents/publications/ls%20a%20message%20to%20educators_final.pdf?ver=2015-01-21-141829-000).
208. Organización Mundial de la Salud. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Segunda edición. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112360/1/9789241548748_eng.pdf).
209. Organización Mundial de la Salud. Global health sector response to HIV, 2000-2015. Focus on innovations in Africa: progress report. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf?ua=1).

8. Bibliografía

210. Organización Mundial de la Salud. Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización: De la decisión a la implementación y el monitoreo. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136849/1/9789243506890_spa.pdf?ua=1&ua=1).
211. Organización Mundial de la Salud. WHO cervical cancer prevention and control costing tool (C4P) user's guide. Ginebra; 2012. (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P_USER_GUIDE_V1.0.pdf).
212. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. HPV vaccine for preteens and teens. Diseases and the vaccines that prevent them: information for parents. Atlanta; 2015. (<https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/teen/hpv-indepth-color.pdf>).
213. Cancer Council Australia. Has the program been successful? En: HPV vaccine [página web; consultada el 4 de abril del 2017]. (<http://www.hpvvaccine.org.au/the-hpv-vaccine/has-the-program-been-successful.aspx>).
214. Organización Mundial de la Salud. Malaria prevention and control: an important responsibility of a health-promoting school. Ginebra; 2007. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43734>).
215. Organización Mundial de la Salud. Asthma [ficha descriptiva actualizada en noviembre del 2013]. En: WHO Media Centre [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en>).
216. Organización Mundial de la Salud. Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide: global update 2005, summary of risk assessment. Ginebra; 2006. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/78638/E90038.pdf?ua=1).
217. Organización Mundial de la Salud. Calidad del aire ambiente (exterior) y salud [ficha descriptiva actualizada en septiembre del 2016]. En: Centro de prensa [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es>).
218. Organización Mundial de la Salud. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low and middle-income countries. Ginebra; 2014. (http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/gbd_poor_water/en/).
219. Rickert B. Water safety plan: a field guide to improving drinking-water safety in small communities. Oficina Regional de la OMS para Europa: Copenhague; 2014. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/243787/Water-safety-plan-Eng.pdf?ua=1).
220. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle income countries and way forward. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1).
221. Organización Mundial de la Salud. Protecting surface water for health. Identifying, assessing and managing drinking-water quality risks in surface-water catchments. Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/246196>).
222. Organización Mundial de la Salud. Planificación de la seguridad del saneamiento: Manual para el uso y la disposición seguros de aguas residuales, aguas grises y excretas. Ginebra; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250331/1/9789243549248-spa.pdf?ua=1&ua=1>).
223. Organización Mundial de la Salud. Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health-Promoting School. Ginebra; 1998. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63907/1/WHO_HPR_HEP_98.3.pdf).
224. Organización Mundial de la Salud. The physical school environment: an essential component of a health-promoting school. Ginebra; 1998. (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/physical_sch_environment.pdf).
225. Organización Mundial de la Salud. Local Action: Creating Health Promoting Schools. Ginebra; 2000. (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_local_action_en.pdf).
226. Organización Mundial de la Salud. Cholera vaccines: WHO position paper. Ginebra; 2010. (<http://www.who.int/wer/2010/wer8513.pdf?ua=1>).
227. Organización Mundial de la Salud. Investing in water and sanitation: Increasing access, reducing inequalities. Special report for the sanitation and water for all (SWA) high-level meeting (HLM) 2014. GLAAS team in the water sanitation, hygiene and health (WSH): Ginebra; 2014. (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/swa_report_2014/en/).
228. Organización Mundial de la Salud. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. Ginebra; 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf).
229. Organización Mundial de la Salud. Meningococcal vaccines: WHO position paper. Ginebra; 2011. (<http://www.who.int/wer/2011/wer8647.pdf?ua=1>).
230. Organización Mundial de la Salud. Managing meningitis epidemics in Africa: A quick reference guide for health authorities and health-care workers. Ginebra; revisión del 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154595/1/WHO_HSE_GAR_ERI_2010.4_Rev1_eng.pdf?ua=1).
231. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44422/1/9789243500218_spa.pdf).
232. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. PMNCH knowledge summary No. 18. Nutrition. Ginebra: OMS; 2012. (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks18.pdf?ua=1>).
233. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf).
234. Organización Mundial de la Salud. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf).
235. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1).
236. Organización Mundial de la Salud. Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Ginebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204761/1/9789241510196_eng.pdf?ua=1&ua=1).
237. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. Be smart, drink water: A guide for school principals in restricting the sale and marketing of sugary drinks in and around schools. Manila; 2016. (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13218>).

238. Organización Mundial de la Salud. Promoting physical activity in schools: An important element of a health-promoting school. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43733/1/9789241595995_eng.pdf).
239. Organización Mundial de la Salud. Tobacco use prevention: An important entry point for the development of health-promoting schools. Ginebra; 1998. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/65608>).
240. Organización Mundial de la Salud. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112835/1/9789241506953_eng.pdf).
241. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Planificación. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43690/1/9789243546995_spa.pdf).
242. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Prevención. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44022/1/9789243547114_spa.pdf?ua=1).
243. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Detección temprana. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44023/1/9789243547336_spa.pdf?ua=1).
244. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Diagnóstico y tratamiento. Ginebra; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44005/1/9789243547404_spa.pdf).
245. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Cuidados paliativos. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf?ua=1).
246. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer: Política y abogacía. Ginebra; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44013/1/9789243547527_spa.pdf).
247. Abdul Rahim O, Al-Hafez G. Health education for adolescent girls. Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. El Cairo; 2006.
248. Oficina Regional de la OMS para Europa. Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. Copenhague; 2010. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/107284>).
249. Organización Mundial de la Salud. Self care for health. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2013.
250. Corporación Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ), Ministerio Federal Alemán de Cooperación y Desarrollo Económico y Organización Mundial de la Salud. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: A sourcebook for policy-makers in developing cities. 2011. (http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf).
251. De Bes J, Legierse CM, Prinsen CA, de Korte J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. *Acta Derm Venereol* 2011; 91 (1): 12-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264451>).
252. Oficina Regional de la OMS para África. The health of the people: What works; The African regional health report 2014. Brazzaville; 2014. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137377/4/9789290232612.pdf>).
253. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico en mujeres menstruantes. Ginebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/100976/1/9789243502021_spa.pdf?ua=1).
254. Oficina Regional de la OMS para África. Sick cell disease: a strategy for the WHO African Region. Report of the Regional Director. Brazzaville; 2010. (http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/afrc_rc60_8.pdf).
255. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The global disability action plan 2014-2021 of the World Health Organization (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. *Chance and challenge for physical and rehabilitation medicine (PRM)*. *Eur J Phys Rehabil Med* 2015; 51: 1-4.
256. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra; 2011. (http://who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf?ua=1).
257. Quint EH. Adolescents with special needs: clinical challenges in reproductive health care. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(1): 2-6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26542013>).
258. Organización Mundial de la Salud. Psychosocial interventions, treatment of emotional disorders. Ginebra: Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) [actualizado en el 2015]. (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q14.pdf?ua=1).
259. Organización Mundial de la Salud. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184033/1/9789241565004_eng.pdf?ua=1).
260. Organización Mundial de la Salud. Summaries of projects in developing countries assisting the parents of adolescents. Ginebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43707/1/9789241595667_eng.pdf).
261. Organización Mundial de la Salud. WHO mhGAP Guideline Update. Update of the mental health gap action programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1).
262. Organización Mundial de la Salud. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: Summary report. Ginebra; 2004. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43027>).
263. Organización Mundial de la Salud. Psychosocial interventions for treatment of behavioural disorders. Ginebra; actualizado en el 2015. (http://www.portal.pmnch.org/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q5.pdf).
264. Organización Mundial de la Salud. Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention. Ginebra; 2002. (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf).
265. ONUSIDA. HIV prevention among adolescent girls and young women: Putting HIV prevention among adolescent girls. Guidance; ONUSIDA; 2016. (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/20160715_Prevention_girls).
266. Humeniuk R, et al. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: OMS; 2011. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1).
267. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en las emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Ginebra; 2003. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91767/1/WHO_MSD_MER_03.01_spa.pdf?ua=1).

8. Bibliografía

268. Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf?ua=1).
269. Organización Mundial de la Salud. 2015 WHO humanitarian response: summary of health priorities and WHO projects in interagency strategic response plans for humanitarian assistance to protracted emergencies. Ginebra; 2015. (http://www.who.int/hac/who_humanitarian_response_plans2015.pdf).
270. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescent programming experiences during conflict and post-conflict. Case Studies. UNICEF; 2004. ([https://www.unicef.org/adolescent_conflict\(1\).pdf](https://www.unicef.org/adolescent_conflict(1).pdf)).
271. Millstein S, Petersen A, Nightingale E (editores). Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. Oxford University Press on Demand; 1994.
272. Alderman E, Rieder J, Cohen M. The history of adolescent medicine. *Pediatr Res* 2003; 54 (1): 137-47. (<http://www.nature.com/pr/journal/v54/n1/pdf/pr2003374a.pdf>).
273. Organización Mundial de la Salud. The world health report: 1998: Life in the 21st century: A vision for all. Report of the Director-General. Ginebra; 1998. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>).
274. Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. Summary report on the regional workshop on adolescent health situation analysis and core indicators. El Cairo; 2012. (http://applications.emro.who.int/docs/ic_meet_rep_2012_en_14636.pdf).
275. Ministerio de Salud de la República de Zambia y Organización Mundial de la Salud. Draft report situation analysis: Adolescent health in Zambia. Lusaka; 2009.
276. Ministerio de Salud de la República de Zambia. Adolescent Health Strategic Plan: 2011 to 2015. Lusaka; 2012. <http://bettercare-network.org/sites/default/files/Zambia%20-%20Adolescent%20Health%20Strategic%20Plan%202011-2015.pdf>.
277. Gobierno de Escocia. Delivering a healthy future. An action framework for children and young people's health in Scotland: a draft for consultation. Edimburgo; 2006. (<http://www.gov.scot/resource/doc/110080/0026619.pdf>).
278. Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro A. Development of national strategies – case studies from five countries. Oficina Regional de la OMS para Europa: Copenhague; 2008. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107921/1/e92117.pdf>).
279. Gobierno de Escocia. Supporting young people's health & wellbeing a summary of Scottish Government policy. Edimburgo; 2013. (<http://www.gov.scot/resource/0041/00418332.pdf>).
280. Gobierno de Mongolia, Ministerio de Salud. Health sector strategic master plan 2006-2015. Ulaanbaatar; 2015. (http://www.wpro.who.int/health_services/mongolia_nationalhealth-plan.pdf).
281. Kirby D. BDI logic models: a useful tool for designing, strengthening and evaluating programs to reduce adolescent sexual risk-taking, pregnancy, HIV and other STDs. Scotts Valley: ETR Associates; 2004. (<http://recapp.etr.org/recapp/documents/bdi-logicmodel20030924.pdf>).
282. Organización Mundial de la Salud. Accelerating implementation of adolescent friendly health services (AFHS) in the South-East Asia region. Report of the meeting of the national adolescent health programme managers in member countries of the South-East Asia region, Bali, Indonesia, 12-15 February 2008. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2008. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/204739>).
283. Real Gobierno de Bhután, Ministerio de Educación, Departamento de Juventud y Deporte. National Youth Policy. Thimphu; 2011. (http://www.youthpolicy.org/national/Bhutan_2011_National_Youth_Policy.pdf).
284. Real Gobierno de Bhután. National strategic plan for HIV/AIDS (2011-2015). Thimphu; 2011.
285. Real Gobierno de Bhután. National standards and implementation guide for youth friendly health services. Thimphu; 2011. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep_yfhsguide.pdf).
286. Real Gobierno de Bhután, Ministerio de Salud. National adolescent health strategic plan: 2013-2018. Thimphu; 2013. (<http://www.health.gov.bt/wp-content/uploads/ftp/iec/National%20Adolescent%20Health%20Strategic%20Plan%202013-2018.pdf>).
287. Save the Children USA y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios. Westport; 2009. (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf).
288. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. Giving adolescents a voice. Conducting a rapid assessment of adolescent health needs: a manual for health planners and researchers. Manila; 2001. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207047/1/9290611596_eng.pdf).
289. Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. A regional guide to conducting an adolescent health situation analysis. El Cairo; 2011. (http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1268.pdf).
290. Organización Mundial de la Salud. Health systems strengthening glossary. En: WHO Health Systems [página web]. (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html).
291. Organización Mundial de la Salud. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Halifax; 1997 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/55730?locale=en&locale=en&null>).
292. Organización Mundial de la Salud. Practising a health in all policies approach: lessons for universal health coverage and health equity: a policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf?ua=1&ua=1).

293. Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham R. Implementing the United Kingdom Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): applicable lessons for other countries. *J Adolesc Health*. 2016; 59 (1): 68-74. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16001026>).
294. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): how was this done and what did it achieve? *Reproductive Health* 2016; 13 (1): 139. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5120422/pdf/12978_2016_Article_255.pdf).
295. Agencia de Salud Pública de Canadá. Hacia la equidad en materia de salud: Enfoques canadienses sobre el papel del sector de la salud. Ottawa; 2014. http://who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-SP-FINAL.pdf?ua=1&ua=1
296. Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las Adolescentes. Girl power and potential: a joint programming framework for fulfilling the rights of marginalized adolescent girls. OIT, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OMS; 2009. (<http://www.unfpa.org/publications/girl-power-and-potential>).
297. Naciones Unidas. World Youth Report. Young people's transition to adulthood: progress and challenges. New York; 2007. (http://www.un.org/esa/socdev/nyin/documents/wyr07_complete.pdf).
298. Asker S, Gero A. The role of child and youth participation in development effectiveness: a literature review. Surry Hills: University of Technology and Child Fund Australia; 2012. (https://www.unicef.org/adolescence/cypguide/files/Role_of_Child_and_Youth_Participation_in_Development_Effectiveness.pdf).
299. Organización Mundial de la Salud. Social participation. En: Social determinants of health [página web]. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/).
300. Todas las mujeres, todos los niños y Organización Mundial de la Salud. Operational framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Nueva York; 2016. (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-operational-framework/en/>).
301. Organización Mundial de la Salud. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [página web]. Ginebra: OMS; 2014. (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>).
302. Waddington C, Sambo C. Financing health care for adolescents: a necessary part of universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2015; 93 (1): 57-9. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4271683/pdf/blt.14.139741.pdf>).
303. Geissler P, Nokes K, Prince R, Achieng' Odhiambo R, Aagaard-Hansen J, Ouma J. Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science & Medicine* 2000; 50 (12): 177183. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699004281>).
304. Geissler P, Meinert L, Prince R, Nokes C, Aagaard-Hansen J, Jitta J, et al. Self-treatment by Kenyan and Ugandan schoolchildren and the need for school-based education. *Health Policy Plan* 2001; 16 (4): 362-71. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11739361>).
305. Hampshire K, Porter G, Owusu S, Tanle A, Abane A. Out of the reach of children? Young people's health-seeking practices and agency in Africa's newly-emerging therapeutic landscapes. *Soc Sci Med* 2011; 73 (5): 702-10. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361100400X>).
306. Rainey D, Brandon D, Krowchuk D. Confidential billing accounts for adolescents in private practice. *J Adolesc Health* 2000; 26 (6): 389-91. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X99000798>).
307. Anderson I, Maliqi B, Axelson H, Ostergren M. How can health ministries present persuasive investment plans for women's, children's and adolescents' health? *Bull World Health Organ* 2016; 94 (6): 468-74. (<http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/94/6/15-168419.pdf>).
308. Organización Mundial de la Salud. Water-related diseases: anaemia [nota descriptiva]. En: Water Sanitation Hygiene [página web]. (http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/diseases/anaemia/en).
309. Rajan D, Barroy H, Stenberg K. Budgeting for health. En: Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Ginebra: WHO; 2016. (<http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en>).
310. Organización Mundial de la Salud. Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement. Ginebra; 2011. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/44797>).
311. Organización Mundial de la Salud. OneHealth Tool: supporting integrated strategic health planning, costing and health impact analysis. Ginebra; 2013. (http://www.who.int/choice/onehealth-tool/OneHealth_Tool_Supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf).
312. Organización Mundial de la Salud. Table 1: Summary of WHO position papers Recommendations for routine immunization [actualizado el 21 de mayo del 2016]. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en).
313. Organización Mundial de la Salud. Health financing for universal health coverage. En: Programmes [página web]. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en).
314. Organización Mundial de la Salud. A framework for national health policies, strategies and plans. Ginebra; 2010. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/120995/RC60_etechdoc2.pdf).

8. Bibliografía

315. Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes: Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios. Washington, DC: OPS, 2016. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28569/9789275319048_v1-spa.pdf?ua=1
316. 64.ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.4 del orden del día. Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud. WHA 64.10. 24 de mayo del 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5430/1/A64_R10-sp.pdf).
317. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>).
318. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. La adolescencia: una época de oportunidades. Nueva York; 2011. (https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf).
319. Baltag V, Sawyer SM. Quality healthcare for adolescents. En: Cherry A, Baltag V, Dillon M (editores). International handbook on adolescent health and development: the public health response. Heidelberg: Springer; 2016. (<http://www.springer.com/us/book/9783319407418>).
320. República de Moldova, Ministerio de Salud. Continuous professional education program for doctors and pharmacists. Chişinău; 2016. (<http://educatiecontinua.usmf.md/wp-content/blogs.dir/146/files/sites/146/2013/10/programul-fecmf-2016.doc>)
321. Zaborskis A, Vergy A, Zemaitiene N, Zuoza R, Gaizauskiene A, Petkevicius R, Laukaitiene A. Lithuania: mediating the effects of alcohol and traffic safety control and policies. En: Organización Mundial de la Salud. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents: summary of outcomes, background papers and country case studies. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf?ua=1).
322. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. *J Adolesc Health* 2015 Sep; 57 (3): 288-298. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4540599/>).
323. Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes: Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 2: guía de aplicación. Washington, DC: OPS, 2016. (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28570/9789275319048_v2-spa.pdf?ua=1).
324. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Patton GC, Jamison DT (editores). Disease control priorities. Third edition. Volume 8: child and adolescent health and development. Washington, DC: Banco Mundial; 2017 (en prensa).
325. República Argentina, Ministerio de Salud. Comunicación personal con la autora sobre el programa nacional de salud integral en la adolescencia (PNSIA), de 23 de noviembre del 2016.
326. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud. Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs: good policy and practice in health education. París; 2017. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002475/247509e.pdf>).
327. 67.ª Asamblea Mundial de la Salud. Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria. 24 de marzo del 2014. Punto 14.6 del orden del día provisional. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_25-sp.pdf).
328. Organización Mundial de la Salud. Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf).
329. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Strategic planning concept and rationale. París: International Institute for Educational Planning; 2010. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001897/189757e.pdf>).
330. ONUSIDA. Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV. Ginebra; 2016. (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>)
331. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice). Ginebra: OMS; 2010. (http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf).
332. Organización Mundial de la Salud. Health impact assessment. En: Programmes [página web]. (<http://www.who.int/hia/tools/process/en>) [Consultado el 16 de marzo del 2017].
333. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: discussion document for a global consultation, November 2014. París; 2014. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510E.pdf>).
334. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia: a review of policies and practices. Oficina de la UNESCO en Moscú; 2015. (<http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>).
335. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. Sectoral Briefing Series 4. Ginebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44876/1/9789241503655_eng.pdf).
336. Unión Internacional de Telecomunicaciones y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Directrices de protección de la infancia en línea para la Industria. Ginebra; 2015. (http://www.itu.int/en/cop/Documents/COP%20Guidelines_Spanish.pdf).
337. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. Transport (road transport): Shared interests in sustainable outcomes. Sectoral Briefing Series 3. Ginebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44749/1/9789241502580_eng.pdf).

338. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. Housing: Shared interests in health and development. Sectoral Briefing Series 1. Ginebra; 2011. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705>).
339. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. Energy: Shared interests in sustainable development and energy services. Sectoral briefing series 5. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91591/1/9789241506199_eng.pdf).
340. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Model strategies and practical measures on the elimination of violence against children in the field of crime prevention and criminal justice. Nueva York; 2015. (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-08451_Strategy_eBook.pdf).
341. Organización Mundial de la Salud. Global health sector response to HIV, 2000-2015. Focus on innovations in Africa: progress report. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf?ua=1)
342. Organización Mundial de la Salud. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen; Oficina Regional de la OMS para Europa; 2007. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf.
343. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (second edition). Ginebra: OMS; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1)
344. Organización Mundial de la Salud. Reducing harm from alcohol use: good practices. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2009. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/205737>).
345. Organización Mundial de la Salud. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Ginebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44708/1/9789241502320_eng.pdf).
346. Organización Mundial de la Salud. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. En: Global Health Observatory Visualizations [página web]. (<http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.MortAdov?lang=en&menu=hide>) [consultado el 14 de marzo del 2017].
347. Das J, Salam R, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta Z. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. *J of Adolesc Health* 2016; 59 (4): 61-75. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301677>).
348. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Khan M, Mahmood W, et al. Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *J Adolesc Health* 2016; 59(4): 49-60. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026677/>).
349. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Bhutta Z. Systematic review and meta-analysis of interventions to improve access and coverage of adolescent immunizations. *J Adolesc Health* 2016; 59 (4): 40-48. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301768>).
350. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 (4): CD008958. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/pdf>).
351. Salam R, Faqqah A, Sajjad N, Lassi Z, Das J, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health* 2016; 59 (4): 11-28. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301689>).
352. Salam R, Hooda M, Das J, Arshad A, Lassi Z, Middleton P, et al. Interventions to improve adolescent nutrition: a systematic review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 2016; 59 (4): 29-39. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301690>).
353. Organización Mundial de la Salud. Education: shared interests in well-being and development. Ginebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44737/1/9789241502498_eng.pdf).
354. República de Rwanda, Ministerio de educación. National School Health Policy. Kigali; 2014. (http://www.mineduc.gov.rw/fileadmin/health_1.pdf).
355. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. International standards on drug use prevention. Viena; 2015. (https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf).
356. Duffy M, Lamstein S, Lutter C, Koniz-Booher P. Review of programmatic responses to adolescent and women's nutritional needs in low and middle income countries. Arlington: ONUSIDA y el proyecto Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING); 2015. (https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/spring_review_programmatic_responses.pdf).
357. Grupo de Trabajo sobre la Protección de la Infancia. Minimum standards for child protection in humanitarian action. Ginebra; 2012. (https://www.unicef.org/iran/Minimum_standards_for_child_protection_in_humanitarian_action.pdf).
358. Organización Mundial de la Salud. Autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf).
359. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1).
360. Organización Mundial de la Salud. Strengthening intersectoral collaboration for adolescent health: report of a meeting of regional programme managers, New Delhi; 25-27 November 2014. Nueva Delhi; 2016. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/204359>).
361. Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia. INEE minimum standards for education: preparedness, response, recovery. Nueva York; 2010. ([http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010\(HSP\)-English_LoRes.pdf](http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010(HSP)-English_LoRes.pdf)).
362. Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Informe global. Washington, DC: OPS; 2003. (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_spanish.pdf?ua=1).

8. Bibliografía

363. Save the Children. Delivering education for children in emergencies: a key building block for the future. Londres; 2008 (http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7b9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7d/delivering_education_emergencies.pdf).
364. Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia. Guidelines for child friendly spaces in emergencies. Nueva York; 2011. (https://www.unicef.org/protection/child_friendly_spaces_guidelines_for_field_testing.pdf).
365. Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre VIH y los Jóvenes. Breves guías globales: Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes. Nueva York; 2008. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_iatt_infonotes_2008_61_es.pdf?ua=1.
366. Comité Permanente entre Organismos. Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Ginebra; 2003. (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidelines-hiv-emergencies.pdf>).
367. Organización Mundial de la Salud. Maroc: Les nouvelles stratégies nationales de santé scolaire et de promotion de la santé des jeunes ont été diffusées. En: web de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. (<http://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-news/diffusion-de-nouvelles-strategies-nationales-de-sante-scolaire-et-de-promotion-de-la-sante-des-jeunes.html>) [consultado el 16 de marzo del 2017].
368. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra; 1981. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40741/1/924380006x_es.pdf).
369. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud. Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra; 2011. (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf?ua=1).
370. Todas las mujeres, todos los niños. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' health. Nueva York; 2016. (<http://www.who.int/life-course/publications/gsl-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>).
371. Vu L, Pulerwitz J, Burnett-Zieman B, Banura C, Okal J, Yam E. Inequitable gender norms from early adolescence to young adulthood in Uganda: tool validation and differences across age groups. *J Adolesc Health* 2017; 60 (2): 15-21. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16303767>).
372. Organización Mundial de la Salud. World handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low and middle-income countries. Ginebra; 2013. (<http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/health-inequality/en>).
373. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Principles for evaluation of development assistance. París; 1991. (<https://www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf>).
374. Dickson K, Ashton J, Smith J. Does setting adolescent-friendly standards improve the quality of care in clinics? Evidence from South Africa. *Int J Qual Health Care* 2007; 19 (2): 80-9. (<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzl070>).
375. Barua A, Chandra-Mouli V. The Tarunya project's efforts to improve the quality of adolescent reproductive and sexual health services in Jharkhand state, India: a post-hoc evaluation. *Int J Adolesc Med Health* 2016. (<https://www.degruyter.com/download-pdf/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0024/ijamh-2016-0024.pdf>).
376. 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 orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen 1: Justificación de la educación en sexualidad. París; 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>).
377. Hoopes A, Agarwal P, Bull S, Chandra-Mouli V. Measuring adolescent friendly health services in India: a scoping review of evaluations. *Reproductive Health* 2016; 13 (1): 137. (<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0251-8>).
378. Hindin M, Christiansen C, Ferguson B. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2013; 91 (1): 10-8. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3537249/pdf/blt.12.107565.pdf>).
379. Nagata J, Ferguson B, Ross D. Research priorities for eight areas of adolescent health in low-and middle-income countries. *J Adolesc Health* 2016; 59 (1): 50-60. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16000951>).
380. Rudan I, Gibson J, Ameratunga S, Arifeen S, Bhutta Z, Black M, et al. Setting priorities in global child health research investments: guidelines for implementation of CHNRI method. *Croatian Medical Journal* 2008; 49 (6): 720-33. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621022/pdf/CroatMedJ_49_0720.pdf).
381. Villa-Torres L, Svanemyr J. Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. *J Adolesc Health* 2015; 56 (1): 51-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528979>).
382. YouthNet, Family Health International y Advocates for Youth. Youth participation guide: assessment, planning, and implementation. Arlington; 2005. (<https://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1652-youth-participation-guide-assessment-planning-and-implementation>).
383. IHP+ y Organización Mundial de la Salud. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud. Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra; 2011. (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf?ua=1).
384. Organización Mundial de la Salud. Technical consultation on indicators of adolescent health. WHO, Ginebra, Switzerland, 30 September – 1 October 2014. Ginebra; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-health-technical-consultation/en/).
385. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, EDC, PDCP, et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs thematic indica-

- tors supporting FRESH (focusing resources on effective school health). Nueva York; 2014. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/FRESH_M%26E_THEMAT-IC_INDICATORS.pdf).
386. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, EDC, PDCP, et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs eight core indicators to support FRESH. Nueva York; 2014. (<http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/monitoring-and-evaluation-guidance-school-health-programs-eight-core-indicators>).
387. Baltag V, Servili C, Macintyre A. Adolescent mental health: new hope for a "Survive, Thrive and Transform" policy response. *Journal of Public Mental Health* 2016; 15 (1): 63-70. (<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/jpmh-12-2015-0054>).
388. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373 (9682): 2223-33. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60746-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60746-7/fulltext)).
389. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 18-26 de mayo de 2015. Resoluciones y decisiones; Anexos. WHA 68/2015/REC/1. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf).
390. Population Reference Bureau. Ending female genital mutilation/cutting: lessons from a decade of progress. Washington, DC; 2013. (<http://www.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf>).
391. Organización Mundial de la Salud, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial, ONU Mujeres, ONUSIDA, Countdown to 2030 y Health Data Collaborative. Country data, universal accountability: monitoring priorities for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Ginebra; 2016. (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gm-monitoring-readiness-report.pdf>).
392. Organización Mundial de la Salud. Recommendations on maternal and perinatal health. Ginebra; 2013. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1).
393. Organización Mundial de la Salud. Family planning/contraception [nota descriptiva actualizada en diciembre del 2016]. En: Media Centre [página web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en>).
394. Organización Mundial de la Salud. HIV treatment and care. What's new in adolescent treatment and care. Factsheet. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204460/1/WHO_HIV_2015.45_eng.pdf).
395. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015. Ginebra; 2015. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250591/1/9789241508742-spa.pdf?ua=1>).
396. Svanemyr J, Venkatraman C-M, Raj A, Travers E and Sundaram L. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. *Reprod Health* 2015 (12): 80. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558638/pdf/12978_2015_Article_60.pdf).
397. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for routine immunization: a user's guide to the summary tables [actualizado el 4 de octubre del 2012]. Ginebra; 2012. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/).
398. Organización Mundial de la Salud. Training package for health care providers. En: Children's environmental health [página web]. (<http://www.who.int/ceh/capacity/trainpackage/en/>) [consultada el 5 de abril del 2017].
399. Organización Mundial de la Salud. Community genetics services: report of a WHO consultation on community genetics. Ginebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44532/1/9789241501149_eng.pdf).
400. Murphy N, Young PC. Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2005; 47 (9): 640-4. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x/pdf>).
401. Organización Mundial de la Salud. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Ginebra; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf).
402. Organización Mundial de la Salud. Working with street children. A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs. Module 3: understanding substance use among street children. Ginebra; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/street_children/en/).
403. The Global Fund. Maximizing impact by addressing adolescents' needs in Global Fund concept notes: strategic investments for adolescents In HIV, tuberculosis and malaria programs. Ginebra; 2016. (https://www.theglobalfund.org/media/1292/core_adolescents_infonote_en.pdf).
404. Organización Mundial de la Salud. Sexual and reproductive health during protracted crises and recovery. Ginebra; 2011. (http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/sexual_reproductive_health_protractedcrises_and_recovery.pdf?ua=1).
405. Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones. Ginebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1&ua=1).
406. Organización Mundial de la Salud. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Ginebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf).
407. Guttmacher Institute. Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. Nueva York; 2016. (<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries>).
408. Organización Mundial de la Salud. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria, incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria. Ginebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178251/1/9789243508313_spa.pdf?ua=1).





Para más información, sírvase contactar:

Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Tel.: +41 22 791 3281
Fax: +41 22 791 4853
Correo electrónico: mediainquiries@who.int
Web: www.who.int/life-course

ISBN 978-92-4-151234-3

