

# Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

**ANEXO F. Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales: Perfiles de los datos probatorios del método GRADE y cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones**



**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

En alianza con



**unesco**

# **Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar**

**ANEXO F. Revisiones sistemáticas de  
la eficacia y la aceptabilidad de los  
servicios de salud escolar integrales:  
Perfiles de los datos probatorios del  
método GRADE y cuadro relativo al  
paso de los datos probatorios a la  
toma de decisiones**

Versión oficial en español de la obra original en inglés  
*WHO guideline on school health services. Web Annex F. Systematic reviews of the effectiveness and acceptability of comprehensive school health services: GRADE evidence profiles and evidence-to-decision table*

© Organización Mundial de la Salud, 2021  
ISBN 978-92-4-003071-8 (versión electrónica)

*Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. Anexo F. Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales: Perfiles de los datos probatorios del método GRADE y cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones*

OPS/FPL/HL/22-DsseF-0052

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

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



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción 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 traducción".

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. Anexo F. Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales: Perfiles de los datos probatorios del método GRADE y cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones. Washington, DC: OPS; 2022.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como 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 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, 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.

# Índice

---

Nota de agradecimiento	iv
Lista de abreviaturas	vi
Glosario	vi
Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales: Perfiles de los datos probatorios del método GRADE y cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones	1
F.1 Proceso de paso de los datos probatorios a la toma de decisiones en las RSEA	2
F.2 Cuadros del resultado del paso de los datos probatorios a la toma de decisiones en el marco de las RSEA	2
Referencias	19
Cuadro F.1. Datos probatorios obtenidos de las Cuadro F.1. revisiones sistemáticas y dictámenes de los subgrupos del GDG	3

---

# Nota de agradecimiento

## Elaboración de las directrices

Mary Louisa Plummer, Consultora sobre Salud del Niño y del Adolescente (Estados Unidos) y David A. Ross, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento, sede de la OMS.

## Experta en el método GRADE

Nandi Siegfried, Especialista en Medicina de Salud Pública (Sudáfrica). Para obtener más información sobre el método GRADE, véase el anexo 1.

## Grupo Directivo (personal de la OMS, salvo que se indique lo contrario)

### Coordinación

David Ross y Kid Kohl, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento.

### Miembros:

Jamela Al-Raiiby, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Wole Ameyan, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual; Valentina Baltag, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Faten Ben-Abdelaziz, Departamento de Promoción de la Salud; Paul Bloem, Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos; Sonja Caffè, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Marie Clem Carlos, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Shelly Chadha, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Venkatraman Chandra-Mouli, Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas; Katrin Engelhardt, Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos; Kaia Engesveen, Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos; Regina Guthold, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Joanna Herat, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Symplice Mbola Mbassi, Oficina Regional de la OMS para África; Rajesh Mehta, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Denise Mupfasoni, Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas; Martina Penazzato, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual; Marina Plesons, Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas; Leanne Riley, Departamento de Enfermedades No

Transmisibles; Chiara Servili, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; Stéphanie Shendale, Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos; Marcus Stahlhofer, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Howard Sobel, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Martin Weber, Oficina Regional de la OMS para Europa; y Juana Willumsen, Departamento de Promoción de la Salud.

## Revisión y síntesis de los datos probatorios

### Resumen sistemático de las revisiones sistemáticas de los servicios de salud escolar integrales

Julia Levinson, Kid Kohl, Valentina Baltag y David Ross.

### Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales

Paul Montgomery, Universidad de Birmingham (Reino Unido); Jacoby Patterson, Consultor Independiente Superior de Investigación (Reino Unido); y Anders M. Bach-Mortensen, Universidad de Oxford (Reino Unido).

### Revisión de las intervenciones de los servicios de salud de la OMS a nivel mundial para el grupo de población de entre 5 y 19 años de edad

Mary Plummer, Kid Kohl y David Ross.

### Encuesta sobre la opinión de los expertos acerca de los servicios de salud escolar

Mary Plummer; Ace Chan, Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre (SARAVYC), Escuela de Enfermería, Universidad de la Columbia Británica, Vancouver (Canadá); Kid Kohl; Ashley Taylor (SARAVYC); Elizabeth Saewyc (SARAVYC); y David Ross.

### Breve revisión exploratoria de los servicios de salud escolar a nivel mundial

Mary Plummer, Kid Kohl y Valentina Baltag.

### Grupo de Elaboración de Directrices

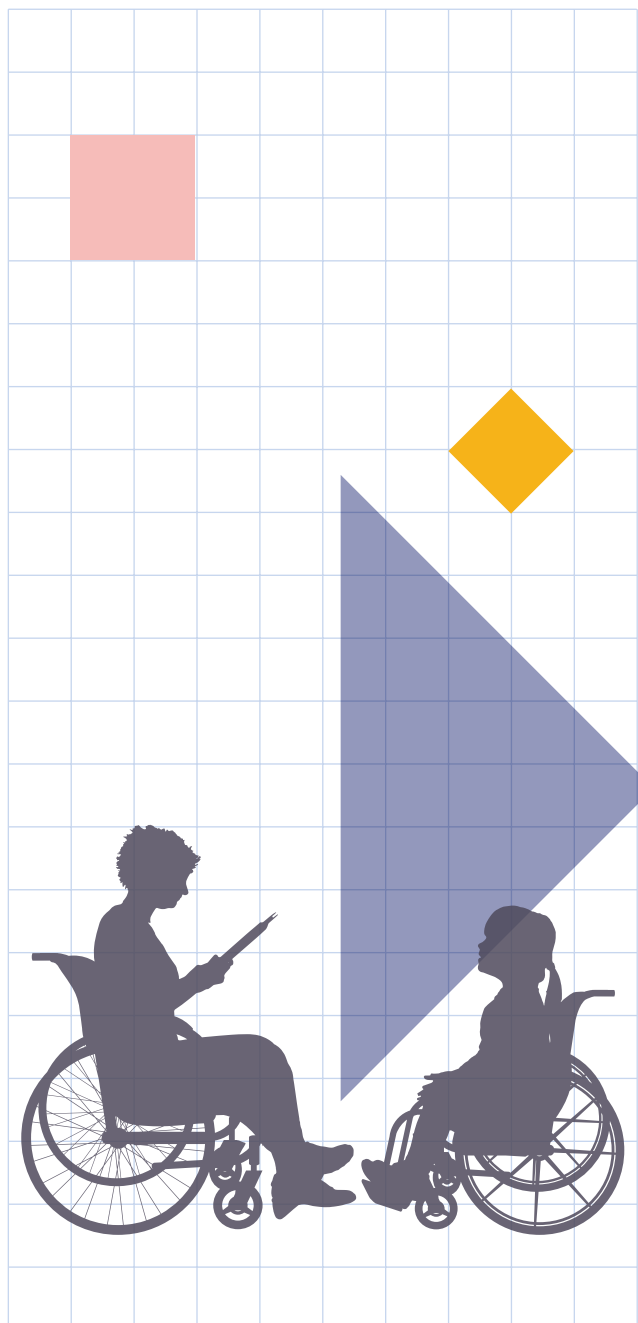
Rima Affi, Universidad de Iowa (Estados Unidos); Habib Benzian, Universidad de Nueva York (Estados Unidos); Harriet Birungi, Consejo de Población (Kenya); Rashida Ferrand, Instituto de Investigación y Formación Biomédicas (Zimbabwe); Jorge Gaete, Universidad de los Andes (Chile); Najat Gharbi, Ministerio de Salud (Marruecos); Murthy Gudlavalleti Venkata Satyanarayana, Instituto de Salud Pública de la India (India); Henrica J. M. Fransen, Universidad de Túnez El Manar (Tunéz); Julia Levinson, Universidad de Boston (Estados Unidos); Erin D. Maughan, Asociación Nacional de Enfermeros Escolares (Estados Unidos); Ella Cecilia Naliponguit, Departamento de Educación (Filipinas); Atif Rahman, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Elizabeth Saewyc (Presidenta), Universidad de la Columbia Británica (Canadá); Susan Sawyer, Universidad de Melbourne (Australia); Hui-Jing Shi, Universidad Fudan (China); y Sharlen Vigan, Banco Mundial (Togo). Para obtener más información sobre los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices, véase el anexo 1.

### Grupo de Revisión Externa

Bruce Dick, Consultor sobre Salud de los Adolescentes (Suiza); Chris Kjolhede, Bassett Health Care Network (Estados Unidos); Regina Lee, Profesora de Enfermería, Universidad de Newcastle (Australia); Maziko Matemvu, Her Liberty (Malawi); Antony Morgan, Universidad de Caledonia de Glasgow (Reino Unido); Blanca Pianello Castillo, Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (España).

### Apoyo económico

Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, Fundación Bill y Melinda Gates y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.



# Lista de abreviaciones

AMSTAR	herramienta de medición para evaluar las revisiones sistemáticas
CSUE	centro de salud ubicado en la escuela
DT	desviación típica
ECN	estudio controlado no aleatorizado
EPS	escuelas promotoras de la salud
GDG	Grupo de Elaboración de Directrices
GRADE	clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones
IC	intervalo de confianza
RP	razón de posibilidades
SSE	servicios de salud escolar

## Glosario

En el documento de orientación se proporciona un glosario de términos utilizados a lo largo de la guía y sus anexos web.

## Anexo F

# Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los servicios de salud escolar integrales: Perfiles de los datos probatorios del método GRADE y cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones





Este anexo muestra los perfiles de los datos probatorios del método GRADE y el cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones de las revisiones sistemáticas de la eficacia y aceptabilidad (RSEA) de los SSE integrales (1).

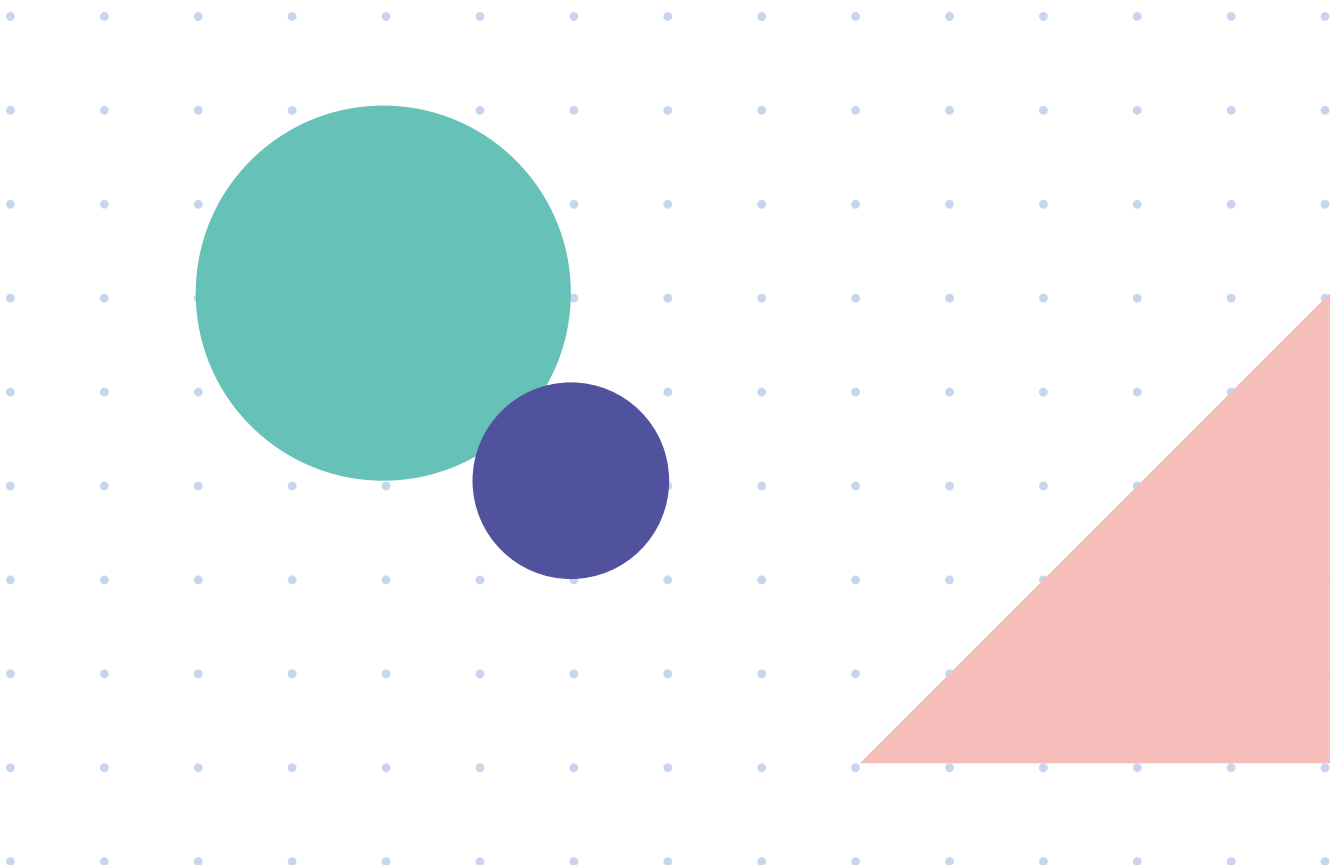
### F.1 Proceso de paso de los datos probatorios a la toma de decisiones en las RSEA

Siguiendo el proceso de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) para la evaluación del paso de los datos probatorios a las recomendaciones (GRADEpro 2020) y el marco para pasar de los datos probatorios a la toma de decisiones (Interactive Evidence-to-Decision Framework 2020, es decir, marco interactivo para pasar de los datos probatorios a la toma de decisiones 2020) (2), el cuadro F.1 establece las preguntas y los perfiles de los datos probatorios que fueron considerados por el GDG sobre los SSE, así como sus dictámenes definitivos sobre cada pregunta (en el cuadro 5 de las Directrices sobre los servicios de salud escolar se ofrece un resumen de los puntos analizados por el GDG para cada una de las 12 preguntas). Este proceso tuvo lugar en el marco de una reunión virtual mundial que se llevó a cabo repitiendo las sesiones para un subgrupo

que abarcaba el hemisferio occidental y para a otro que incluía el hemisferio oriental. Para evitar sesgos, la información sobre lo ocurrido en un subgrupo en relación con la formulación de recomendaciones no se dio a conocer al otro subgrupo hasta que ambos hubieran evaluado los datos probatorios y emitido sus juicios. En caso de que algún miembro del GDG asistiera a las sesiones de ambos subgrupos, solo participaba en los debates y en la toma de decisiones del primero de ellos. Para emitir sus dictámenes, los miembros del GDG se basaron principalmente en las conclusiones de la revisión sistemática, pero también tuvieron en cuenta sus conocimientos y su experiencia.

### F.2 Cuadros del resultado del paso de los datos probatorios a la toma de decisiones en el marco de las RSEA

Cuadros F.1–presentación de los cuadros del resultado del paso de los datos probatorios a la toma de decisiones.



Cuadro F.1. Datos probatorios obtenidos de las Cuadro F.1. revisiones sistemáticas y dictámenes de los subgrupos del GDG

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>1. ¿Supone el problema una prioridad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>1. ¿Supone el problema una prioridad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>La Convención sobre los Derechos del Niño (en este contexto el término «niño» abarca a las personas menores de 18 años) incluye el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (3). Los problemas que surgen durante la segunda década de la vida afectan a la salud y al desarrollo posteriores. La OMS ha declarado que existen objetivos y metas mundiales orientados a los jóvenes (4-6). Además del reconocimiento de la salud de los niños y los adolescentes como una prioridad a nivel mundial, algunos países (por ejemplo, los Estados Unidos) también han declarado como prioridad nacional apoyar la salud y la educación de los alumnos (7), y han fijado prioridades concretas a este respecto, como la reducción de los suicidios entre los jóvenes (8).</p>

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● Moderada</li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Dependiente</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● Moderada</li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Variable</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>A través de los ECN se encontraron datos probatorios de los beneficios que aportan los SSE integrales en los resultados críticos sobre la eficacia en términos de reducción de la planificación de suicidio (1 estudio; 1994 participantes), las hospitalizaciones por asma (1 estudio; 273 participantes), las visitas a los servicios de urgencias por asma (5 estudios: 273, 1994, 6664, 5866 y 2369 participantes, respectivamente: 17166 en total), las ausencias y la asistencia a la escuela (3 estudios: 6664, 3181 y 2305 participantes, respectivamente; 12 150 en total) y el progreso académico (1 estudio; 2305 participantes).</p> <p><b>Resultados en materia de suicidio</b></p> <p>Un estudio de Hutchinson et al. (9) presentaba los siguientes datos brutos: comparación entre la existencia de SSE y la inexistencia de SSE: ideas de suicidio: varones: 44/425 (10,4%) frente a 34/386 (8,7%); hembras: 71/578 (12,2%) frente a 83/605 (13,7%); planificación de suicidio: varones: 30/425 (7,1%) frente a 30/386 (7,7%); hembras: 50/578 (8,6%) frente a 66/605 (10,9%). Los efectos marginales estimados de la comparación entre, por un lado, los alumnos que disponían de un CSUE, y por otro, los alumnos que carecían de ese centro, se calcularon realizando un emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión. Los varones tenían menos probabilidades de haber elaborado planes de suicidio durante los últimos 12 meses (<math>p &lt; 0,01</math>); no se produjo ningún efecto entre las hembras con respecto a esta medida, ni tampoco en relación con las ideas de suicidio durante los últimos 12 meses entre los varones o las hembras (9).</p> <p><b>Hospitalización</b></p> <p>Un estudio ofreció los siguientes datos brutos sobre las hospitalizaciones con asma: 12/196 (6,1%) frente a 10/77 (13,0%). Según los resultados del análisis de la ecuación de estimación generalizada de la regresión de Poisson de las medidas repetidas, los riesgos relativos de hospitalización por asma eran mayores para los alumnos que no tenían CSUE que para aquellos que sí lo tenían, una vez que los CSUE habían iniciado sus actividades dirigidas a los alumnos objeto de la intervención; riesgo relativo: 3,403, IC del 95%: 1,536 - 8,473, <math>p &lt; 0,05</math> (10).</p> <p><b>Visitas a los servicios de urgencias</b></p> <p>Un estudio mostraba los siguientes datos brutos sobre las visitas por asma a los servicios de urgencias: 40/196 (20,4%) en el caso de existencia de SSE, frente a 30/77 (39,0%) en el caso de ausencia de esos servicios. Los riesgos relativos de visitas a urgencias por asma disminuyeron un 33,5% después de que los CSUE empezaran a atender a los alumnos objeto de la intervención. Tras realizar el programa dedicado a los CSUE, el riesgo de visita a los servicios de urgencias entre los niños que asistían a escuelas con CSUE era un 43% menor que entre los alumnos de las escuelas que no disponían de CSUE (10).</p> <p>En un segundo estudio, las visitas notificadas a los servicios de urgencias debidas al conjunto total de motivos fueron: escuelas de la intervención: 110/990 (11%); escuelas de comparación: 172/1499 (11%), mientras que las visitas por asma fueron: 15/990 (1,5%) frente a 40/1499 (2,7%), respectivamente (11).</p> <p>Un tercer estudio no reflejó diferencias significativas en términos de uso de los servicios de urgencias en el último año: escuelas de la intervención, año 1: 456/1377 (33,1%); escuelas de la intervención, año 2: 454/1455 (31,2%); escuelas de comparación, año 1: 295/992 (29,7%); escuelas de comparación, año 2: 329/1044 (31,5%); <math>p = 0,182</math> (12).</p> <p>Un cuarto estudio ofreció los siguientes datos brutos: comparación entre la existencia de SSE y la inexistencia de esos servicios: durante los últimos 12 meses, habían acudido a servicios de urgencias 301/1003 (30%) alumnos de escuelas con CSUE, y 348/991 (35,1%) alumnos de escuelas sin CSUE (<math>p = 0,019</math>; este dato dejó de ser significativo tras realizar el emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión) (9).</p> <p>El quinto estudio puso de manifiesto que durante el período de estudio de 18 años se había producido un incremento de las visitas a los servicios de urgencias de solo 1,2 visitas por cada 100 personas-año en las escuelas de la intervención, en comparación con un aumento general de 12 visitas por cada 100 personas-año en los distritos escolares de control donde no había CSUE (13).</p> <p><b>Ausencias escolares</b></p> <p>En un estudio, las probabilidades de que un alumno no asistiera a la escuela uno o más días por enfermedad eran menores entre los alumnos de las escuelas de la intervención que entre los de las escuelas de control (2097/2877 [72,9%] frente a 2477/3204 [77,3%]; <math>p &lt; 0,05</math>) (11).</p> <p>En un segundo estudio, los alumnos inscritos en un CSUE tenían una probabilidad significativamente mayor de volver a clase, o de no salir del colegio antes de la hora prevista, que los alumnos no inscritos en un centro de ese tipo (ausencia: 11/351 [3,1%] frente a 23/322 [7,1%]; <math>p = 0,013</math>) (14).</p> <p>En un tercer estudio, se utilizó el análisis de puntuación de propensión y, al comienzo, los usuarios de los CSUE tenían tasas de asistencia inferiores a las de los no usuarios de esos centros (<math>p &lt; 0,001</math>). Las tasas de asistencia entre los usuarios de los CSUE mostraron un descenso al principio, pero con el tiempo aumentaron a un ritmo mayor que entre los no usuarios (15).</p> <p><b>Progreso académico</b></p> <p>En un estudio, se utilizó el análisis de puntuación de propensión y se observaron aumentos generales en la media de las calificaciones académicas a lo largo del tiempo en ambos grupos, si bien ese promedio aumentó más rápidamente entre los usuarios de CSUE que entre los no usuarios de esos centros (<math>p &lt; 0,05</math>) (15).</p>

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE												
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Resultados críticos: ECN												
Evaluación de la certidumbre		Número de pacientes			Efecto		Absoluto (IC del 95%)		Relativo (IC del 95%)		Certidumbre		Importancia	
Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)	Certidumbre	Importancia		
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)?		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – ideas de suicidio: varones												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Variable</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	44/425 (10,4%)	34/386 (8,8%)	RP 1,20 (0,75 – 1,91)	16 más por cada 1000 (de 21 menos a 68 más)	MODERADA	CRÍTICA		
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)?		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – ideas de suicidio: hembras												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	71/578 (12,3%)	83/605 (13,7%)	RP 0,88 (0,63 – 1,24)	14 menos por cada 1000 (de 46 menos a 28 más)	MODERADA	CRÍTICA		
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)?		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – planificación de suicidio: varones												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	30/425 (7,1%)	30/386 (7,8%)	RP 0,90 (0,53 – 1,52)	7 menos por cada 1000 (de 35 menos a 36 más)	MODERADA	CRÍTICA		
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)?		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – planificación de suicidio: hembras												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	50/578 (8,7%)	66/605 (10,9%)	RP 0,77 (0,53 – 1,14)	23 menos por cada 1000 (de 48 menos a 13 más)	MODERADA	CRÍTICA		
Hospitalización		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – planificación de suicidio: hembras												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	12/196 (6,1%)	10/77 (13,0%)	RP 0,44 (0,18 – 1,06)	68 menos por cada 1000 (de 104 menos a 7 más)	BAJA (en dirección favorable a la existencia de SSE)	CRÍTICA		
Visitas a los servicios de urgencias		Resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos – planificación de suicidio: hembras												
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	Estudios observacionales	Muy graveb	No grave	No grave	Ninguna	811/3647 (22,2%)	747/3611 (20,7%)	RP 0,85 (0,75 – 0,95)	25 menos por cada 1000 (de 43 menos a 8 menos)	MUY BAJA (en dirección favorable a la existencia de SSE)	CRÍTICA		

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE											
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Evaluación de la certidumbre					Número de pacientes			Efecto		Certidumbre	Importancia
Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)			
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)? <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> No lo sé	2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)? <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/> No lo sé	Visitas a los servicios de urgencias – visitas relacionadas con el asma											
2	Estudios observacionales	Graveh	No grave	No grave	No grave	Ninguna	55/1186 (4,6%)	70/1576 (4,4%)	RP 0,48 (0,31 – 0,73)	23 menos por cada 1000 (de 30 menos a 12 más)	MUY BAJA (en dirección favorable a la existencia de SSE)		CRÍTICA
Visitas a los servicios de urgencias – conjunto total de motivos													
2	Estudios observacionales	Gravei	Gravej	No grave	No grave	Ninguna	756/2461 (30,7%)	677/2035 (33,3%)	RP 0,89 (0,79 – 1,01)	25 menos por cada 1000 (de 50 menos a 2 más)	BAJA (en dirección favorable a la existencia de SSE)		CRÍTICA
Ausencias escolares													
2	Estudios observacionales	Muy gravek	Gravel	No grave	No grave	Ninguna	2108/3228 (65,3%)	2500/3526 (70,9%)	RP 0,78 (0,69 – 0,87)	54 menos por cada 1000 (de 82 menos a 30 menos)	MUY BAJA (en dirección favorable a la existencia de SSE)		CRÍTICA
<p>a Riesgo de sesgo; degradado una vez. La tasa de respuesta general fue del 76,2% de las poblaciones escolares matriculadas. Se produjeron algunas diferencias de significación entre los datos brutos y los resultados tras realizar el emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión; 1994 participantes (9).</p> <p>b Los resultados procedían de un único estudio, de modo que no se pudo evaluar la inconsistencia.</p> <p>c Los efectos marginales estimados de la comparación entre, por un lado, los alumnos que disponían de un CSUE, y por otro, los alumnos que carecían de ese centro, se calcularon realizando un emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión. Aplicando este método, se consideró que, en el caso de los varones, la diferencia era significativa, <math>p &lt; 0,01</math>.</p> <p>d Riesgo de sesgo; degradado una vez. El estudio excluyó a los niños que tenían planes de seguro distintos de Medicaid o que no tenían seguro, y no diferenció entre los alumnos que eran tratados en los CSUE y los alumnos de las escuelas con CSUE que no eran tratados; 273 participantes (10).</p> <p>e Degradado una vez para los IC amplios.</p> <p>f Riesgo de sesgo; degradado dos veces. La tasa de respuesta general fue del 76,2% de las poblaciones escolares matriculadas. Se produjeron algunas diferencias de significación entre los datos brutos y los resultados tras realizar el emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión; 1994 participantes (9). El estudio no diferenció entre los alumnos que eran tratados en los CSUE y los alumnos de las escuelas con CSUE que no eran tratados; 273 participantes (10). En la encuesta a los padres se analizaron 990 cuestionarios respondidos por los padres de las escuelas de la intervención (tasa de respuesta del 35%) y 1499 cuestionarios respondidos por los padres de las escuelas de la comparación (tasa de respuesta del 48%); 6664 participantes en total (11). Escasa información sobre exclusiones y datos faltantes; 5866 participantes (5). Solo el 42%, aproximadamente, de los alumnos consultados respondieron a las encuestas de forma aprovechable (12).</p> <p>g IC = 75%.</p> <p>h El estudio no diferenció entre los alumnos que eran tratados en los CSUE y los alumnos de las escuelas con CSUE que no eran tratados; 273 participantes (10). En la encuesta a los padres se analizaron 990 cuestionarios respondidos por los padres de las escuelas de la intervención (tasa de respuesta del 35%) y 1499 cuestionarios respondidos por los padres de las escuelas de la comparación (tasa de respuesta del 48%); 6664 participantes en total (11).</p> <p>i La tasa de respuesta general fue del 76,2% de las poblaciones escolares matriculadas. Se produjeron algunas diferencias de significación entre los datos brutos y los resultados tras realizar el emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión; 1994 participantes (9). Solo el 42%, aproximadamente, de los alumnos consultados respondieron a las encuestas de forma aprovechable (12).</p>													

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE																																																																														
Subgrupo 1	Subgrupo 2																																																																															
<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Variable</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>j I2 = 65%.</p> <p>k Encuesta a los padres (N = 990 en las escuelas de la intervención; 35% de respuestas, y 1499 en las escuelas de comparación; 48%); 6664 participantes en total (11). Hubo diferencias sustanciales en la base de referencia entre las escuelas de la intervención y las de comparación en cuanto a la raza (p = 0,001), la edad (p &lt; 0,001) y el sexo (p = 0,006); 3181 participantes (14). Los autores seleccionaron usuarios que cursaban el primer semestre del noveno curso (n = 444) pero excluyeron a los jóvenes que usaron el CSUE más tarde (n = 993). En comparación con el grupo excluido, se observó que los usuarios del CSUE tenían una media inferior de calificaciones académicas, tasas de asistencia más bajas, tasas de sanciones más altas, mayores tasas de padres monoparentales o de otros tipos de tutelados, mayor porcentaje de raza afroamericana o nativa americana, más probabilidades de poder acogerse al programa de almuerzo gratuito y más probabilidades de ser hembra; 2305 participantes (15).</p> <p>l I2 = 64%.</p> <p><b>Resultados críticos: estudios observacionales</b></p> <p>Mediante un estudio observacional realizado en un país de ingreso mediano bajo (n = 31 participantes; riesgo grave de sesgo), se evaluaron los efectos cuantitativos que provocaban los SSE integrales en los resultados críticos en materia de eficacia. El estudio aportó datos probatorios de que los SSE mejoraban los resultados referentes a las ausencias y asistencias escolares (1 estudio; 31 participantes) y al progreso académico (1 estudio; 31 participantes). Para evaluar los datos se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas, y se obtuvo un resultado de p = 0,04 en el caso de las ausencias escolares, y de p &lt; 0,0001 con respecto al progreso académico (16).</p>																																																																														
<p><b>Evaluación de la certidumbre</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Número de estudios</th> <th rowspan="2">Diseño del estudio</th> <th rowspan="2">Riesgo de sesgo</th> <th rowspan="2">Inconsistencia</th> <th rowspan="2">Carácter indirecto</th> <th rowspan="2">Impresión</th> <th rowspan="2">Otras consideraciones</th> <th colspan="2">Número de pacientes</th> <th colspan="2">Efecto</th> <th rowspan="2">Certidumbre</th> <th rowspan="2">Importancia</th> </tr> <tr> <th>Eficacia: resultados críticos; ECN</th> <th>Placebo</th> <th>Relativo (IC del 95%)</th> <th>Absoluto (IC del 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13">Ausencias escolares</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Estudios observacionales</td> <td>Muy gravea</td> <td>No graveb</td> <td>No grave</td> <td>Muy gravec</td> <td>Ninguna</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>-</td> <td>DM 2,5 inferior (de 5,36 inferior a 0,36 superior)</td> <td>MUY BAJA</td> <td>CRÍTICA</td> </tr> <tr> <td colspan="13">Progreso académico</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Estudios observacionales</td> <td>Muy gravea</td> <td>No graveb</td> <td>No grave</td> <td>Muy gravec</td> <td>Ninguna</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>-</td> <td>DM 3 superior (de 1,94 inferior a 7,94 superior)</td> <td>MUY BAJA (sin diferencia, pero la muestra es muy pequeña)</td> <td>CRÍTICA</td> </tr> </tbody> </table> <p>DM: diferencia de medias.</p> <p>a Riesgo de sesgo degradado dos veces; no se ofrece información sobre los factores de confusión ni se mencionan los datos faltantes; 31 participantes. Riesgo grave de sesgo ya que todos los alumnos pertenecían a una misma clase (16).</p> <p>b Los resultados procedían de un único estudio, de modo que no se pudo evaluar la inconsistencia.</p> <p>c Imprecisión degradada dos veces: estudio muy pequeño (n = 31) (16).</p>												Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Número de pacientes		Efecto		Certidumbre	Importancia	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)	Ausencias escolares													1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 2,5 inferior (de 5,36 inferior a 0,36 superior)	MUY BAJA	CRÍTICA	Progreso académico													1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 3 superior (de 1,94 inferior a 7,94 superior)	MUY BAJA (sin diferencia, pero la muestra es muy pequeña)	CRÍTICA
Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Número de pacientes		Efecto		Certidumbre								Importancia																																																													
							Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)																																																																						
Ausencias escolares																																																																																
1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 2,5 inferior (de 5,36 inferior a 0,36 superior)	MUY BAJA	CRÍTICA																																																																				
Progreso académico																																																																																
1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 3 superior (de 1,94 inferior a 7,94 superior)	MUY BAJA (sin diferencia, pero la muestra es muy pequeña)	CRÍTICA																																																																				
<p>Los ECN también encontraron datos probatorios de que los SSE mejoraban los resultados importantes en materia de eficacia en términos de alumnos que habían portado un arma (1 estudio; 1994 participantes), habían participado en alguna pelea (1 estudio; 1994 participantes), habían mantenido relaciones sexuales alguna vez (1 estudio; 1994 participantes), habían practicado ejercicio físico al menos cuatro veces a la semana (1 estudio; 1994 participantes), habían bebido alcohol alguna vez (1 estudio; 1994 participantes) o habían consumido marihuana alguna vez (1 estudio; 1994 participantes), así como en términos de la calidad de vida de los alumnos (2 estudios; 109 y 1360 participantes, respectivamente; 1469 en total), sus expectativas académicas (1 estudio; 416 escuelas [no se indicó el número de participantes]) y el compromiso de la escuela (1 estudio; 416 escuelas [no se indicó el número de participantes]).</p>																																																																																

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE																				
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Resultados importantes: ECN																				
Evaluación de la certidumbre		Número de pacientes		Efecto		Otras consideraciones	Impresión	Carácter indirecto	Inconsistencia	Riesgo de sesgo	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)	Certidumbre	Importancia
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?		Eficacia: resultados críticos; ECN		Relativo (IC del 95%)																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● Moderada</li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Dependiente</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● Moderada</li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Variable</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	Alumnos que han portado un arma en los últimos 30 días																				
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	125/1003 (12,5%)	167/991 (16,9%)	RP 0,68 (0,53 a 0,88)	47 menos por cada 1000 (de 72 menos a 17 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE						
		Alumnos que han portado un arma en los últimos 30 días: varones																				
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	68/425 (16,0%)	97/386 (25,1%)	RP 0,57 (0,40 a 0,80)	91 menos por cada 1000 (de 133 menos a 40 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE						
		Alumnos que han portado un arma en los últimos 30 días: hembras																				
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	57/578 (9,9%)	70/605 (11,6%)	RP 0,84 (0,58 a 1,21)	17 menos por cada 1000 (de 45 menos a 21 más)	MODERADA	IMPOR-TANTE						
		Alumnos que han participado en alguna pelea en los últimos 12 meses																				
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	307/1003 (30,6%)	372/991 (37,5%)	RP 0,73 (0,60 a 0,88)	70 menos por cada 1000 (de 110 menos a 29 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE						
		Alumnos que han participado en alguna pelea en los últimos 12 meses: varones																				
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	125/1003 (12,5%)	167/991 (16,9%)	RP 0,68 (0,53 a 0,88)	47 menos por cada 1000 (de 72 menos a 17 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE						

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE												
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Evaluación de la certidumbre						Número de pacientes		Efecto		Certidumbre	Importancia	
		Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)		
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)? <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> No lo sé	2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseados previstos (beneficios)? <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/> No lo sé	Alumnos que han participado en alguna pelea en los últimos 12 meses: hembras												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	68/425 (16,0%)	97/386 (25,1%)	RP 0,57 (0,40 a 0,80)	91 menos por cada 1000 (de 133 menos a 40 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE
		Alumnos que han mantenido relaciones sexuales alguna vez												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	57/578 (9,9%)	70/605 (11,6%)	RP 0,84 (0,58 a 1,21)	17 menos por cada 1000 (de 45 menos a 21 más)	MODERADA	IMPOR-TANTE
		Alumnos que han practicado ejercicio físico al menos cuatro veces a la semana												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	307/1003 (30,6%)	372/991 (37,5%)	RP 0,73 (0,60 a 0,88)	70 menos por cada 1000 (de 110 menos a 29 menos)	MODERADA	IMPOR-TANTE
		Alumnos que han practicado ejercicio físico al menos cuatro veces a la semana: varones												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	229/425 (53,9%)	202/386 (52,3%)	RP 1,06 (0,81 a 1,40)	15 más por cada 1000 (de 53 más a 83 más)	MODERADA	IMPOR-TANTE
		Alumnos que han practicado ejercicio físico al menos cuatro veces a la semana: hembras												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	332/578 (57,4%)	305/605 (50,4%)	RP 1,33 (1,06 a 1,67)	71 más por cada 1000 (de 15 más a 125 más)	MODERADA	IMPOR-TANTE
		Salud mental: depresión												
		1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	294/1003 (29,3%)	267/991 (26,9%)	RP 1,12 (0,92 a 1,37)	23 más por cada 1000 (de 16 menos a 66 más)	MODERADA	IMPOR-TANTE



Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE												
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Evaluación de la certidumbre					Número de pacientes			Efecto		Certidumbre	Importancia	
2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?		Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)		
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada</li> <li><input type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Variable</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>Tabaquismo</p> <p>1 Estudios observacionales Gravea No graveb No gravec No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave</p> <p>Alumnos que han bebido alcohol alguna vez</p> <p>1 Estudios observacionales Gravea No graveb No gravec No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave</p> <p>Alumnos que han consumido marihuana alguna vez</p> <p>1 Estudios observacionales Gravea No graveb No gravec No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave</p> <p>Respuesta a las necesidades no atendidas</p> <p>1 Estudios observacionales Gravea No graveb No gravec No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave No grave</p>												
		<p>a Riesgo de sesgo, degradado una vez. La tasa de respuesta general fue el 76,2% de las poblaciones escolares matriculadas. Se produjeron algunas diferencias de significación entre los datos brutos y los resultados tras realizar el emparejamiento por kernel con ajuste de regresión; 1994 participantes (9).</p> <p>b Los resultados procedían de un único estudio, de modo que no se pudo evaluar la inconsistencia.</p>											<p>Los ECN también aportaron los siguientes resultados importantes que no se pudieron evaluar mediante el método GRADE.</p>	

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE																																																															
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Quejas sobre la salud																																																															
<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● <b>Moderada</b></li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Dependiente</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>2. ¿Cuál es la importancia de los efectos deseables previstos (beneficios)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>● <b>Moderada</b></li> <li>○ Pequeña</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Variable</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>En un estudio, los quejas sobre la salud se mantuvieron estables entre los alumnos a los que se les ofreció el servicio de enfermería escolar, pero aumentaron entre aquellos que no dispusieron de ese servicio, aunque la diferencia no fue significativa (análisis multifactoriales de los cambios en la puntuación en un año: Valor F = 3,63; p = 0,061) (17).</p> <p><b>Calidad de vida</b></p> <p>En un estudio, los alumnos usuarios de CSUE mostraron una mejoría significativa a lo largo del tiempo en relación con los alumnos de las escuelas de comparación con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud física (p &lt; 0,05). En comparación con los usuarios de los CSUE (categoría de referencia), los coeficientes de regresión, que representan los cambios unitarios en la medida de la calidad de vida pediátrica a lo largo del tiempo, fueron de -21 (no significativo) en el caso de los alumnos que no eran usuarios de los CSUE pero asistían a escuelas que disponían de ellos, y de -8,0 (p &lt; 0,05) en el caso de los alumnos de las escuelas que no tenían CSUE (18).</p> <p>En un segundo estudio, de inicio, la puntuación de la calidad de vida era significativamente menor entre los usuarios de los CSUE que entre los alumnos no usuarios de esos centros que asistían a escuelas que disponían de ellos, y que entre los alumnos de escuelas que no tenían CSUE (p &lt; 0,05). Sin embargo, a lo largo del tiempo, la puntuación media de la calidad de vida relacionada con la salud aumentó entre los usuarios de los CSUE, y disminuyó entre los alumnos no usuarios de esos centros y entre los alumnos de las escuelas de comparación, de modo que a los tres años no se observaron diferencias significativas entre los grupos (19).</p> <p><b>Compromiso de la escuela</b></p> <p>Para evaluar el grado de compromiso de la escuela se plantearon 12 afirmaciones tales como: «Los adultos de mi escuela se preocupan por mí»; «mi escuela ofrece una variedad de actividades y cursos suficiente para lograr la participación de los alumnos»; y «los directivos de la escuela fomentan la colaboración entre los profesores». Los alumnos de las escuelas que contaban con un CSUE puntuaron el compromiso de su centro educativo de manera significativamente más alta que los alumnos del grupo de comparación (6,5 frente a 6,3; p = 0,018). Los padres de las escuelas que tenían CSUE también puntuaron el compromiso del centro educativo de sus hijos de manera significativamente más alta (6,2) que los padres del grupo de comparación (6,0; p = 0,002). La puntuación del compromiso de la escuela por parte de los profesores de los colegios con CSUE y de los profesores del grupo de comparación no ofreció diferencias significativas (20).</p>																																																															
<p><b>Resultados importantes: estudios observacionales</b></p> <p>Mediante un estudio observacional realizado en un país de ingreso mediano bajo (n = 31 participantes; riesgo grave de sesgo) se evaluaron los resultados importantes en materia de eficacia. Durante el estudio aumentaron de forma significativa tanto la media (DT) de las puntuaciones del funcionamiento físico de los estudiantes, al pasar de 69,47 (11,5) a 84,6 (8,8), p &lt; 0,0001, como las puntuaciones de la salud psicosocial, que se incrementaron de 73,93 (12,1) a 83,6 (9,2). Para evaluar los datos se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas, y se obtuvo un resultado de p &lt; 0,0001 (16).</p>																																																																	
<p><b>Evaluación de la certidumbre</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Número de estudios</th> <th rowspan="2">Diseño del estudio</th> <th rowspan="2">Riesgo de sesgo</th> <th rowspan="2">Inconsistencia</th> <th rowspan="2">Carácter indirecto</th> <th rowspan="2">Impresión</th> <th rowspan="2">Otras consideraciones</th> <th colspan="2">Número de pacientes</th> <th rowspan="2">Efecto</th> <th rowspan="2">Certidumbre</th> <th rowspan="2">Importancia</th> </tr> <tr> <th>Eficacia: resultados críticos; ECN</th> <th>Placebo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Estudios observacionales</td> <td>Muy gravea</td> <td>No graveb</td> <td>No grave</td> <td>Muy gravec</td> <td>Ninguna</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>-</td> <td>DM 15,13 superior (de 10,03 superior a 20,23 superior)</td> <td>MUY BAJA IMPOR-TANTE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Calidad de vida: funcionamiento físico</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Estudios observacionales</td> <td>Muy gravea</td> <td>No graveb</td> <td>No grave</td> <td>Muy gravec</td> <td>Ninguna</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>-</td> <td>DM 9,67 superior (de 4,32 superior a 15,02 superior)</td> <td>MUY BAJA IMPOR-TANTE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Calidad de vida: salud psicosocial</td> </tr> </tbody> </table>				Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Número de pacientes		Efecto	Certidumbre	Importancia	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 15,13 superior (de 10,03 superior a 20,23 superior)	MUY BAJA IMPOR-TANTE	Calidad de vida: funcionamiento físico												1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 9,67 superior (de 4,32 superior a 15,02 superior)	MUY BAJA IMPOR-TANTE	Calidad de vida: salud psicosocial											
Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia								Carácter indirecto	Impresión				Otras consideraciones	Número de pacientes		Efecto	Certidumbre	Importancia																																												
				Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo																																																												
1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 15,13 superior (de 10,03 superior a 20,23 superior)	MUY BAJA IMPOR-TANTE																																																						
Calidad de vida: funcionamiento físico																																																																	
1	Estudios observacionales	Muy gravea	No graveb	No grave	Muy gravec	Ninguna	31	31	-	DM 9,67 superior (de 4,32 superior a 15,02 superior)	MUY BAJA IMPOR-TANTE																																																						
Calidad de vida: salud psicosocial																																																																	

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>3. ¿Cuál es la importancia de los efectos indeseables previstos (daños)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input type="radio"/> Moderada</li> <li><input checked="" type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Variable</li> <li><input checked="" type="radio"/> Incierta</li> </ul>	<p>3. ¿Cuál es la importancia de los efectos indeseables previstos (daños)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grande</li> <li><input type="radio"/> Moderada</li> <li><input checked="" type="radio"/> Pequeña</li> <li><input type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Variable</li> <li><input type="radio"/> Incierta</li> </ul>	<p>Incertos, o con probabilidades de que su volumen sea escaso</p>
<p>4. ¿Cuál es el grado general de certidumbre de los datos probatorios referentes a los efectos? El grado general de certidumbre de los datos probatorios era</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy bajo</li> <li><input type="radio"/> Bajo</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado</li> <li><input type="radio"/> Alto</li> <li><input type="radio"/> Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>4. ¿Cuál es el grado general de certidumbre de los datos probatorios referentes a los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy bajo</li> <li><input type="radio"/> Bajo</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado</li> <li><input type="radio"/> Alto</li> <li><input type="radio"/> Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>Véanse los cuadros GRADE anteriores: el GDG debatió sobre cómo calificar el grado de certidumbre, que fue considerado entre muy bajo y moderado. Dado que la dirección del efecto estimado de todos los resultados críticos fue a favor de los SSE integrales, en algunos casos de forma estadísticamente significativa a favor, y no se observaron señales de daños claros, y habida cuenta de que muchos de los estudios eran amplios y diversos en términos de zona geográfica y tipos de resultados de salud evaluados, el grado general de certidumbre de los datos probatorios se consideró moderado.</p>
<p>5. El balance entre efectos deseables e indeseables, ¿es favorable a la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A la comparación</li> <li><input type="radio"/> Probablemente, a la comparación</li> <li><input type="radio"/> Ni a la intervención ni a la comparación</li> <li><input type="radio"/> Probablemente, a la intervención</li> <li><input checked="" type="radio"/> A la intervención</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>5. El balance entre efectos deseables e indeseables, ¿es favorable a la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A la comparación</li> <li><input type="radio"/> Probablemente, a la comparación</li> <li><input type="radio"/> Ni a la intervención ni a la comparación</li> <li><input type="radio"/> Probablemente, a la intervención</li> <li><input checked="" type="radio"/> A la intervención</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>Véase más arriba el perfil de los datos probatorios</p>

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>6. Con respecto a la valoración de los principales resultados por parte del público, ¿existe una importante variabilidad o incertidumbre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sí hay variabilidad o incertidumbre importante</li> <li>● Hay posibilidad de incertidumbre o variabilidad importantes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probablemente no exista variabilidad o incertidumbre importante</li> <li>○ No se conocen resultados indeseables</li> </ul> </li> </ul>	<p>6. Con respecto a la valoración de los principales resultados por parte del público, ¿existe una importante variabilidad o incertidumbre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sí hay variabilidad o incertidumbre importante <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay posibilidad de incertidumbre o variabilidad importantes</li> <li>○ Probablemente no exista variabilidad o incertidumbre importante</li> <li>○ No existe variabilidad o incertidumbre importante</li> <li>○ No se conocen resultados indeseables</li> </ul> </li> </ul>	<p>No se hallaron datos probatorios</p>
<p>7. ¿Qué recursos se necesitan (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorros moderados</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>● Son variables</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>7. ¿Qué recursos se necesitan (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>○ Ahorros moderados</li> <li>○ Grandes ahorros</li> <li>● Son variables (por ejemplo, los costos de puesta en marcha y mantenimiento)</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>No se hallaron datos probatorios</p>
<p>8. ¿Qué grado de certeza tienen los datos probatorios relativos a los recursos necesarios (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy bajo</li> <li>○ Bajo</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Alto</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>8. ¿Qué grado de certeza tienen los datos probatorios relativos a los recursos necesarios (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy bajo</li> <li>○ Bajo</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Alto</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>No se hallaron datos probatorios</p>

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>9. La relación costo-eficacia de la intervención, ¿es favorable a esta o a la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A la comparación</li> <li>○ Probablemente, a la comparación</li> <li>○ Ni a la intervención ni a la comparación</li> <li>○ Probablemente, a la intervención</li> <li>● A la intervención</li> <li>○ Depende</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>9. La relación costo-eficacia de la intervención, ¿es favorable a esta o a la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A la comparación</li> <li>○ Probablemente, a la comparación</li> <li>○ Ni a la intervención ni a la comparación</li> <li>○ Probablemente, a la intervención</li> <li>● A la intervención</li> <li>○ Depende</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<p>Cuatro estudios (273, 109, 6664 y 658 participantes, respectivamente; 7704 en total) ofrecieron datos probatorios de solidez moderada de que los SSE integrales ahorran costos. Tres estudios (5056, 1430 y 477 163 participantes, respectivamente; 483 649 en total) expusieron los costos y beneficios observados.</p> <p><b>De los estudios que indicaban que se producía un ahorro de costos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el primer estudio, después de la apertura del CSUE, los riesgos relativos de hospitalización y de visita a los servicios de urgencias en el grupo atendido por ese centro se redujeron por un factor de 2,4 y disminuyeron un 33,5%, respectivamente. La caída del número de hospitalizaciones que se produjeron en el grupo de intervención tras la apertura del CSUE redujo el costo de la hospitalización (<math>p = 0,044</math>), que pasó de US\$ 1150 a US\$ 180 por niño después de controlar las covariables. Sin embargo, en el grupo de comparación, el costo de la hospitalización se mantuvo relativamente estable antes y después de la apertura de los CSUE, al pasar de US\$ 593 a US\$ 606 por niño. El número de visitas a los servicios de urgencias disminuyó tras la apertura de los CSUE. Antes de la apertura de esos centros el costo por niño de las visitas a los servicios de urgencias era de US\$ 303; tanto en los grupos de intervención como en los de comparación. Posteriormente, tras la apertura de los CSUE, el costo por niño de las visitas a los servicios de urgencias disminuyó a US\$ 275 en el grupo de intervención, y aumentó a US\$ 331 en el grupo de comparación (<math>p &lt; 0,0001</math> entre los grupos) (10).</li> <li>• El segundo estudio se realizó en las mismas escuelas que el primero y durante el mismo periodo de tiempo, pero se centró en 109 alumnos que padecían problemas de salud mental. Tras realizar el programa de CSUE, las proporciones de los alumnos que acudieron a los servicios de salud mental en las escuelas de la intervención urbana y rurales aumentaron un 5,6% (<math>p &lt; 0,0001</math>) y un 5,9% (<math>p &lt; 0,0001</math>), respectivamente. Sin embargo, en las escuelas urbanas y rurales que carecieron de CSUE estos aumentos fueron del 2,6% (<math>p = 0,1023</math>) y del 0,2% (<math>p = 0,9361</math>), respectivamente. Basándose en las solicitudes de reembolso formuladas a Medicaid, el estudio dedujo que los alumnos que tenían acceso a un CSUE generaban unos costos totales de atención sanitaria muy inferiores (<math>p = 0,005</math>) y unos costos de atención de salud mental inferiores (<math>p = 0,010</math>) a los que generaban los alumnos que no tenían acceso a esos centros (18).</li> <li>• En el tercer estudio, realizado entre 2007 y 2009, la incorporación de enfermeros a tiempo completo en las escuelas de la intervención dio lugar a la disminución de la media de ausencias por enfermedad. Sin embargo, esa media aumentó en las escuelas de comparación donde los enfermeros trabajaban solo a tiempo parcial, de modo que los alumnos de las escuelas de la intervención perdieron menos días por enfermedad que los alumnos de las escuelas de comparación (3,03 días/ alumno frente a 3,51 días/ alumno, <math>p &lt; 0,05</math>). El Departamento de Educación de California establece la financiación que reciben los distritos escolares debido a su asistencia diaria media, que se calcula como la proporción entre el número total de días de asistencia a tiempo completo por parte de los alumnos y el número total de días del año escolar (180 días), de modo que el incremento de las asistencias provocó un aumento de los ingresos para las escuelas. Además, los niños de las escuelas de la intervención tenían menos probabilidades de realizar visitas a los servicios de urgencias por eventos relacionados con el asma que los niños de las escuelas de comparación (15,15 visitas/1000 niños frente a 26,68 visitas/1000 niños), lo que daba lugar a unas menores pérdidas de salarios para los padres. Por cada 1000 alumnos, el ahorro debido a la mejora de la asistencia diaria media y a la reducción de pérdidas de salarios de los padres se estimó en US\$ 75 700, mientras que el ahorro por la reducción de las visitas a los servicios de urgencias fue de US\$ 30 263 (11).</li> <li>• En el cuarto estudio, realizado entre 1985 y 1986, cada visita a los SSE costó US\$ 20,26 a la División de Salud Pública. En los SSE, los alumnos no esperaban más de cinco minutos para ser atendidos, lo que generaba un costo por su tiempo escolar perdido de US\$ 1,24 y un costo total de US\$ 21,50 por visita. El costo promedio de recibir la atención en un consultorio médico privado era de US\$ 23,94, a lo que había que sumar el salario perdido por uno de los padres de US\$ 14,30 por visita, más los costos escolares incurridos independientemente de que el alumno estuviera o no en clase de US\$ 4,59. Por tanto, el costo total de una visita a un consultorio privado ascendía a US\$ 42,83, aproximadamente el doble de lo que costaba una visita a los SSE (21).</li> </ul> <p><b>De los estudios que expusieron los costos y beneficios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el primer estudio, realizado entre 1997 y 2003, se estimó que la aplicación en cuatro distritos escolares del programa de CSUE había generado unos beneficios netos de US\$ 1 352 087 durante tres años, que eran el resultado de unos costos totales de US\$ 1 998 659 y unos beneficios totales de US\$ 3 350 746. Según los cálculos de los investigadores, los CSUE podrían haber ahorrado al plan de seguro de salud (Medicaid) un mínimo de US\$ 35 por alumno y año (22).</li> <li>• En el segundo estudio, llevado a cabo entre 1979 y 1980, se calculó que el costo de un enfermero escolar de atención directa era de US\$ 9044, y este realizó 708 intervenciones de salud, lo que supuso un costo por intervención de US\$ 12,74. Para calcular los beneficios se consideraron los costos que hubieran tenido esas intervenciones si las hubieran realizado otros prestadores, por ejemplo, médicos o consejeros. De este modo, se estimó que se había logrado un ratio de beneficio-costo de 1,33 (23).</li> <li>• En el tercer estudio, un total de 477 163 alumnos de 933 escuelas pertenecientes a 78 distritos escolares recibieron SSE durante el año académico 2009 2010. El programa de SSE tuvo un costo de US\$ 79,0 millones, y se calcula que generó unos ahorros de US\$ 20,0 millones en atención médica, de US\$ 28,1 millones evitando pérdidas de productividad de los padres (derivadas de las salidas anticipadas de los alumnos y la administración de medicamentos) y de US\$ 129,1 millones evitando pérdidas de productividad de los profesores (debidas a la necesidad de atender los problemas de salud de sus alumnos). En consecuencia, el programa generó a la sociedad un beneficio neto de US\$ 98,2 millones. Por cada dólar invertido en el programa, la sociedad obtendría una ganancia de US\$ 2,20 (24).</li> </ul>

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE									
Subgrupo 1	Subgrupo 2										
<p>10. ¿Cómo se verá afectada la equidad sanitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disminuirá</li> <li>○ Probablemente disminuirá</li> <li>○ Probablemente no se verá afectada</li> <li>○ Probablemente aumentará</li> <li>● Aumentará</li> <li>○ Depende</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>10. ¿Cómo se verá afectada la equidad sanitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disminuirá</li> <li>○ Probablemente disminuirá</li> <li>○ Probablemente no se verá afectada</li> <li>○ Probablemente aumentará</li> <li>● Aumentará</li> <li>○ Depende</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>Los CSUE ayudaron a los niños y adolescentes afroamericanos de familias con bajos ingresos a recibir una atención de salud que de otro modo no habrían recibido, reduciendo así las posibles desigualdades en materia de atención de salud.</p>									
<p>11. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>● Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> <li>○ Depende</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>11. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>● Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> <li>○ Depende</li> <li>○ No lo sé</li> </ul>	<p>Los estudios con diseños de investigación de alta calidad (ECN) (todos ellos realizados en países de ingresos altos) que evaluaron la aceptabilidad de los SSE integrales ofrecieron datos probatorios de solidez moderada acerca de una mejora que aportaban los SSE en el resultado crítico sobre la aceptabilidad en términos de satisfacción de los usuarios en países de ingresos altos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el primer estudio, los usuarios del CSUE se mostraron más favorables a la existencia de un centro de salud en su escuela (605/637 [95%]) que los alumnos que asistían a la escuela que disponía de CSUE pero no lo utilizaban (619/728 [85%]) y que los alumnos de la escuela de comparación (491/711 [69%]); <math>p &lt; 0,001</math> referente a las comparaciones, por un lado, entre los alumnos usuarios y la escuela de comparación, y por otro entre los alumnos no usuarios y la escuela de comparación (25).</li> <li>• En el segundo estudio (416 escuelas [no se incluyó el número de participantes]), se utilizó una regresión lineal para determinar la relación existente entre el hecho de asistir a una escuela con CSUE y la satisfacción general con el entorno de aprendizaje, controlando la pobreza, el número de alumnos matriculados, el tipo de escuela, la educación especial y los estudiantes de inglés. El 36% de la variación en la satisfacción se debió al CSUE y a las variables de control. La pendiente daba a entender que los alumnos de la escuela que disponía de CSUE puntuaron el entorno de aprendizaje con alrededor de 0,8 puntos más que los alumnos de las escuelas sin CSUE (<math>p \leq 0,05</math>) (20).</li> </ul>									
<p><b>Resultados críticos: ECN</b></p>											
<p><b>Evaluación de la certidumbre</b></p>											
Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Número de pacientes	Efecto	Absoluto (IC del 95%)	Certidumbre	Importancia
1	Estudios observacionales	Gravea	No graveb	No grave	No grave	Ninguna	1224/1365 (89,7%)	RP 3,89 (3,07 - 4,92)	206 más por cada 1000 (de 182 más a 226 más)	MODERADA	CRÍTICA
<p>Respaldo a los CSUE</p>											
<p>a Riesgo de sesgo; degradado una vez. Los autores señalaron la dificultad de emparejar las escuelas de secundaria públicas basándose en factores demográficos clave que también pueden influir en el uso del CSUE. Aunque controlaron estos factores estadísticamente, esas escuelas suelen estar caracterizadas por historias y liderazgos únicos que son difíciles de medir o controlar. Los autores midieron el impacto del CSUE sobre el conjunto de los alumnos de la escuela de la intervención, con independencia de que hubieran utilizado o no el CSUE. Este enfoque diluye el impacto medido, ya que muchos alumnos siguen recibiendo servicios de prestadores ajenos a la escuela; 2076 participantes (25).</p> <p>b Los resultados procedían de un único estudio, de modo que no se pudo evaluar la inconsistencia.</p>											

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidas de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE																							
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Evaluación de la certidumbre																							
<p>II. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>II. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>Los estudios con diseños de investigación de alta calidad (ECN) (todos ellos realizados en países de ingresos altos) que evaluaron la aceptabilidad de los SSE integrales e informaron acerca de al menos un resultado importante en esta materia ofrecieron datos probatorios de solidez moderada acerca de una mejora que aportaban los SSE en los resultados importantes sobre la aceptabilidad en términos de confiabilidad (1 estudio; 2076 participantes; RP = 2,45 [2,04 a 2,95]). Existían datos probatorios de solidez baja sobre el acceso (alumnos que disponen de un prestador regular de atención de salud; 2 estudios: 2076 y 1994 participantes, respectivamente; 4070 en total; RP = 1,33 [1,15 a 1,54]).</p> <p>Los estudios hallaron datos probatorios de que los SSE mejoraban los resultados importantes sobre la aceptabilidad en términos de acceso (alumnos que disponen de un prestador regular de atención de salud; 2 estudios: 2076 y 1994 participantes, respectivamente; 4070 en total), de confiabilidad (1 estudio; 2076 participantes), de comunicación (2 estudios: 2076 participantes en un estudio y 416 escuelas en el otro [en este último no se indicó el número de participantes]), de respeto (2 estudios: 2076 participantes en un estudio y 416 escuelas en el otro [en este último no se indicó el número de participantes]) y de dedicación de tiempo suficiente a los alumnos por parte del trabajador sanitario (1 estudio; 2076 participantes).</p> <p>Estudios individuales señalaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los alumnos puntuaron de la siguiente forma el desempeño del prestador de servicios de salud durante su último examen físico sistemático, basándose en una escala Likert de siete puntos con respecto a la afirmación «recibí explicaciones de manera comprensible»: escuela de control: 5,14; alumnos no usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 5,50; alumnos usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 5,84; comparación entre los alumnos no usuarios y la escuela de control: <math>p &lt; 0,001</math>; comparación entre los alumnos usuarios y la escuela de control: <math>p &lt; 0,001</math> (25).</li> <li>• Sobre una escala de 0 a 10, los alumnos de las escuelas que disponían de CSUE puntuaron la comunicación con un valor mayor (5,7) que los alumnos del grupo de comparación (5,5); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa (<math>t = -1,85</math>, <math>df = 30</math>; <math>p = 0,066</math>). Los padres de las escuelas con CSUE puntuaron la comunicación con un valor significativamente mayor (7,1) que los padres del grupo de comparación (6,9) (<math>t = -2,68</math>, <math>df = 414</math>; <math>p = 0,008</math>). La puntuación de la comunicación por parte de los profesores de las escuelas con CSUE y de los profesores del grupo de comparación no ofreció diferencias significativas (20).</li> <li>• Los alumnos puntuaron de la siguiente forma el desempeño del prestador de servicios de salud durante su último examen físico sistemático, basándose en una escala Likert de siete puntos con respecto a la afirmación «se respetaron las preocupaciones del alumno»: escuela de control: 5,86; alumnos no usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 6,21; alumnos usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 6,44; comparación entre los alumnos no usuarios y la escuela de control: <math>p &lt; 0,001</math>; comparación entre los alumnos usuarios y la escuela de control: <math>p &lt; 0,001</math> (25).</li> <li>• Sobre una escala de 0 a 10, los alumnos de las escuelas con CSUE puntuaron la seguridad y el respeto con un valor mayor (6,0) que los alumnos del grupo de comparación (5,9), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa (<math>t = -1,69</math>, <math>df = 30</math>; <math>p = 0,092</math>). La puntuación de la seguridad y el respeto por parte de los padres y profesores de las escuelas con CSUE y de los padres y profesores del grupo de comparación no ofreció diferencias significativas (20).</li> <li>• Los alumnos puntuaron de la siguiente forma el desempeño del prestador de servicios de salud durante su último examen físico sistemático, basándose en una escala Likert de siete puntos con respecto a la afirmación «se dedicó tiempo suficiente al alumno»: escuela de control: 5,28; alumnos no usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 5,69; alumnos usuarios de los SSE de la escuela de intervención: 5,85; comparación entre los alumnos no usuarios y la escuela de control: <math>p &lt; 0,001</math> (25).</li> </ul>	<p><b>Resultados importantes: ECN</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Número de pacientes</th> <th colspan="2">Efecto</th> <th rowspan="2">Certidumbre</th> <th rowspan="2">Importancia</th> </tr> <tr> <th>Eficacia: resultados críticos; ECN</th> <th>Placebo</th> <th>Relativo (IC del 95%)</th> <th>Absoluto (IC del 95%)</th> <th>Placebo</th> <th>Relativo (IC del 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1879/2368 (79,3%)</td> <td>1238/1702 (72,7%)</td> <td>RP 1,33 (1,15 - 1,54)</td> <td>53 más por cada 1000 (de 27 más a 77 más)</td> <td></td> <td></td> <td>BA,JA</td> <td>IMPOR-TANTE</td> </tr> </tbody> </table> <p>Alumnos que disponían de un prestador regular de atención de salud</p>	Número de pacientes				Efecto		Certidumbre	Importancia	Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)	Placebo	Relativo (IC del 95%)	1879/2368 (79,3%)	1238/1702 (72,7%)	RP 1,33 (1,15 - 1,54)	53 más por cada 1000 (de 27 más a 77 más)			BA,JA	IMPOR-TANTE
Número de pacientes				Efecto		Certidumbre	Importancia																		
Eficacia: resultados críticos; ECN	Placebo	Relativo (IC del 95%)	Absoluto (IC del 95%)	Placebo	Relativo (IC del 95%)																				
1879/2368 (79,3%)	1238/1702 (72,7%)	RP 1,33 (1,15 - 1,54)	53 más por cada 1000 (de 27 más a 77 más)			BA,JA	IMPOR-TANTE																		
<p>2</p> <p>Estudios observacionales</p> <p>Gravea</p> <p>Graveb</p> <p>No grave</p>	<p>Ninguna</p> <p>No grave</p>	<p>1879/2368 (79,3%)</p> <p>1238/1702 (72,7%)</p>	<p>RP 1,33 (1,15 - 1,54)</p> <p>53 más por cada 1000 (de 27 más a 77 más)</p>	<p>BA,JA</p>	<p>IMPOR-TANTE</p>																				

Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE												
Subgrupo 1	Subgrupo 2	Evaluación de la certidumbre												
II. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?		Número de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Impresión	Otras consideraciones	Número de pacientes	Efecto	Absoluto (IC del 95%)	Certidumbre	Importancia	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>II. ¿Goza de aceptación la intervención entre las partes interesadas clave?</li> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Depende</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	1	Estudios observacionales	Grave	No grave	No grave	No grave	Ninguna	874/1365 (64,0%)	299/711 (42,1%)	RP 2,45 (2,04 - 2,95)	219 más por cada 1000 (de 176 más a 261 más)	BAJA	IMPOR-TANTE
		<p><b>Confidencialidad</b></p> <p>a Riesgo de sesgo: degradado una vez. Los autores señalan la dificultad de emparejar las escuelas de secundaria públicas basándose en factores demográficos clave que también pueden influir en el uso del CSUE. Aunque controlaron estos factores estadísticamente, esas escuelas suelen estar caracterizadas por historias y liderazgos únicos que son difíciles de medir o controlar. Los autores midieron el impacto del CSUE sobre el conjunto de los alumnos de la escuela de la intervención, con independencia de que hubieran utilizado o no el CSUE. Este enfoque diluye el impacto medido, ya que muchos alumnos siguen recibiendo servicios de prestadores ajenos a la escuela; 2076 participantes (25). La tasa de respuesta general fue del 76,2% de las poblaciones escolares matriculadas. Se produjeron algunas diferencias de significación entre los datos brutos y los resultados tras realizar el emparejamiento por Kernel con ajuste de regresión; 1994 participantes (9).</p> <p>b Alta heterogeneidad no explicada. Los participantes de los dos estudios tenían edades similares (unos eran alumnos de los cursos noveno a duodécimo, y los otros de edades de entre 14 y 18 años), sin embargo, en el estudio de Gibson et al. (25) la mayoría de los alumnos eran latinos, y en el de Hutchinson et al. (9) la mayoría eran afroamericanos.</p> <p>c Riesgo de sesgo: degradado una vez. Los autores señalan la dificultad de emparejar las escuelas de secundaria públicas basándose en factores demográficos clave que también pueden influir en el uso del CSUE. Aunque controlaron estos factores estadísticamente, esas escuelas suelen estar caracterizadas por historias y liderazgos únicos que son difíciles de medir o controlar. Los autores midieron el impacto del CSUE sobre el conjunto de los alumnos de la escuela de la intervención, con independencia de que hubieran utilizado o no el CSUE. Este enfoque diluye el impacto medido, ya que muchos alumnos siguen recibiendo servicios de prestadores ajenos a la escuela; 2076 participantes (25).</p> <p>d Los resultados procedían de un único estudio, de modo que no se pudo evaluar la inconsistencia.</p> <p>Los estudios observacionales (transversales) sobre países de ingreso mediano bajo que evaluaron la aceptabilidad de los SSE integrales sugirieron que los usuarios estaban menos satisfechos con sus SSE que los usuarios de los países de ingresos altos, aunque no ofrecían información sobre el grado de satisfacción que hubiera tenido cualquier alternativa realista o la ausencia de servicios de ese tipo (2 estudios: 625 y 1121 participantes, respectivamente; 1746 en total).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un estudio, el nivel general de satisfacción de los alumnos de secundaria con los SSE disponibles se evaluó a través de la siguiente pregunta: «¿Estás satisfecho con los SSE?». El 54,9% del total de los alumnos señalaron que se sentían insatisfechos (26).</li> <li>• En otro estudio, según una escala de satisfacción de tres puntos que abarcaba los niveles de 1 (insatisfecho), 2 (indiferente) y 3 (satisfecho), la media total (DT) de la puntuación de la satisfacción fue ligeramente superior entre los alumnos de escuelas privadas que entre los de escuelas públicas (2,15 (0,5) y 2,05 (0,4), respectivamente). Sin embargo, en ambos casos las puntuaciones se situaron solo un poco por encima del valor «indiferente», y la diferencia entre ambos niveles de satisfacción no fue estadísticamente significativa (27).</li> </ul> <p>Los diez estudios observacionales (transversales) realizados en países de ingreso bajo y mediano que abordaban los resultados importantes sobre la aceptabilidad mostraban datos variables acerca del acceso a los SSE (cuando se medía en términos de su utilización) (4 estudios: 1577, 3005, 360 y 830 participantes, respectivamente; 5772 en total). Este acceso mostraba valores muy dispares, ya que en un estudio casi todos los alumnos (97,1%) recurrían a los SSE, y en otro solo el 5,4% de los adolescentes solicitaban atención de salud a través de un dispensario escolar.</p> <p>Un estudio observacional (transversal) realizado en un país de ingreso mediano bajo (625 participantes) sugirió que algunos alumnos estaban descontentos con la confidencialidad (61,6%), el respeto a la privacidad (57,0%), la escucha (85,3%), la comprensión (82,6%), el diálogo (82,4%), el apoyo (79,0%), la información (51,0%), la empatía (43,0%), el respeto (53,4%) y el tiempo dedicado al examen (70,9%).</p>												



Cuadro F.1. cont.

Dictamen de los subgrupos del GDG		Datos probatorios derivados de investigaciones obtenidos de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, incluidos los cuadros GRADE
Subgrupo 1	Subgrupo 2	
<p>12. ¿Es viable la implementación de la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input checked="" type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>12. ¿Es viable la implementación de la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> <li><input type="radio"/> No lo sé</li> </ul>	<p>Tres estudios observacionales (transversales) realizados en países de ingreso mediano bajo ofrecían resultados variables sobre la satisfacción de los prestadores u otros profesionales (148, 720 y 60 participantes, respectivamente; 928 en total):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en un estudio, la valoración general de los directores de escuela fue «satisfecho en cierta medida»</li> <li>• en un segundo estudio, 337 (93,6%) profesores de las escuelas privadas y 338 (93,9%) profesores de las escuelas públicas consideraron que era necesario contar con enfermeros escolares, por ejemplo, para prestar primeros auxilios, para impartir educación para la salud a los alumnos y promover buenos hábitos de salud, y para evaluar a los alumnos con problemas de conducta</li> <li>• en un tercer estudio, el porcentaje de participantes (formadores sanitarios, gestores de formación y profesores de escuelas primarias) que estaban de acuerdo en que se cumplían las normas era el siguiente: el 93,85%, con respecto a las funciones de primeros auxilios y cribado a cargo del personal de enfermería; el 69,29%, con respecto a las consultas con colegas, compañeros y consultores de salud mental; el 71,92%, con respecto a la educación para la salud; el 76,31%, con respecto al diagnóstico; y el 62,29%, con respecto a la gestión conjunta de la planificación sanitaria y los planes educativos; pero solo el 39,47% con respecto al uso de un sistema de evaluación adecuado para los planes orientados a los alumnos, los padres y el personal.</li> </ul> <p>Como atributos particulares de los SSE se destacó que eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• integrales</li> <li>• convenientes</li> <li>• necesarios</li> <li>• una oportunidad para recibir información y aprendizaje que podían ayudar a mantener la salud.</li> </ul> <p>Los posibles beneficios señalados fueron el cribado para detectar problemas de salud (por ejemplo, dentales, visuales y nutricionales (como la obesidad), de retrasos en la vacunación y de situaciones de riesgo social), así como la integración de la salud, la escuela y la familia.</p> <p>Algunos elementos que facilitaron la implementación fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la buena acogida de los SSE por parte de los directores y profesores</li> <li>• las asociaciones</li> <li>• el diálogo entre los sectores de la salud y la educación, en particular sobre gestión</li> <li>• la facilidad con la que el equipo sanitario puede acceder a la escuela para realizar actividades</li> <li>• la buena calidad de la coordinación y las relaciones entre los equipos</li> <li>• la visibilidad de las escuelas del distrito para el sector de la salud</li> <li>• la integración de políticas públicas destinadas a promover la salud de los adolescentes</li> <li>• las condiciones estructurales que favorecen la integración entre sectores, por ejemplo, que sus límites territoriales sean idénticos.</li> </ul> <p>Sin embargo, puede haber dificultades que afecten a la implementación. Algunos de los principales problemas que dificultaron la puesta en práctica en los países de ingresos altos fueron las limitaciones de tiempo y de presupuesto, el traslado de niños dentro de las escuelas y entre ellas, los movimientos de personal de los SSE y las dificultades de comunicación entre el personal de los SSE y el de las escuelas, por ejemplo, sobre las funciones a desempeñar por los responsables de esos servicios.</p> <p>Entre los obstáculos estructurales y de recursos que afectaron a la implementación observados en los países de ingreso mediano bajo cabe citar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deficiencias en materia de estructuras (falta de espacio físico), de intercambios (asociaciones entre el departamento local de salud y el consejo municipal de educación, intercambios de equipo con el centro de asistencia social de referencia, o con organizaciones no gubernamentales o religiosas) y de recursos disponibles</li> <li>• formación insuficiente del personal dedicado a la salud escolar</li> <li>• el hecho de que el personal de los SSE no realizara visitas sanitarias de forma temprana y frecuente en las escuelas</li> <li>• el desconocimiento del programa de los SSE por parte del personal de la escuela</li> <li>• el hecho de que los SSE no realizaran una evaluación de las necesidades</li> <li>• falta de planificación entre los SSE y las escuelas</li> <li>• la falta de recursos (de personal, tiempo y transporte [necesidad de recorrer largas distancias para llegar a las escuelas])</li> <li>• el elevado número de alumnos a abarcar por los SSE</li> <li>• la poca comunicación entre los prestadores de atención de salud escolar y los equipos educativos</li> <li>• el escaso apoyo por parte de los gestores de los SSE</li> <li>• las carencias de las asociaciones con las escuelas (por ejemplo, la denegación del permiso a los alumnos para asistir a las evaluaciones)</li> <li>• los trabajadores sanitarios no priorizaban la labor de los SSE frente a otras necesidades agudas</li> <li>• las condiciones estructurales de las escuelas (entre ellas, la falta de espacio, de oficinas adecuadas, de electricidad y de letrinas)</li> <li>• la carga de trabajo de los profesionales de la salud escolar.</li> </ul>

# Referencias

1. WHO handbook for guideline development, second edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>).
2. Interactive GRADE Evidence to Decision (iEtD) framework. In: GRADE Decide [website]. Hamilton (ON): GRADEpro; 2021 (<https://www.decide-collaboration.eu/interactive-evidence-decision-ietd-framework>).
3. Document CRC/C/GC/15 adopted by the Committee at its sixty-second session (14 January– 1 February 2013). General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). New York (NY): United Nations Human Rights Committee on the Rights of the Child: 2013 (CRC/C/GC/15; [https://www.ohchr.org/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC15.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1](https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC15.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1)).
4. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 ([https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)).
5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Affi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387(10036):2423–78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
6. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation: annexes I–6 and appendices I–IV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 ([https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf)).
7. Michael SL, Merlo CL, Basch CE, Wentzel KR, Wechsler H. Critical connections: health and academics. *J Sch Health* 2015;85(11):740–58. doi: 10.1111/josh.12309.
8. Willging CE, Green AE, Ramos MM. Implementing school nursing strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: a randomized cluster trial study protocol. *Implement Sci.* 2016;11(1): p. 145. doi:10.1186/s13012-016-0507-2
9. Hutchinson P, Carton TW, Broussard M, Brown L, Chrestman S. Improving adolescent health through school-based health centers in post-Katrina New Orleans. *Children and Youth Serv Rev.* 2012;34(2):360–8. doi:10.1016/j.childyouth.2011.11.005.
10. Guo JJ, Jang R, Keller KN, McCracken AL, Pan W, Cluxton RJ. Impact of school-based health centers on children with asthma. *J Adolesc Health* 2005;37(4): 266–74. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.09.006.
11. Rodriguez E, Rivera DA, Perlroth D, Becker E, Wang NE, Landau M. School nurses' role in asthma management, school absenteeism, and cost savings: a demonstration project. *J Sch Health* 2013;83(12):842–50. doi:10.1111/josh.12102.
12. Britto MT, Klostermann BK, Bonny Ae, Altum SA, Hornung RW. Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth. *J Adolesc Health* 2001;29(2):116–24. doi:10.1016/S1054-139X(01)00196-3.
13. Schwartz KE, Monie D, Scribani MB, Krupa NL, Jenkins P, Leinhart A et al. Opening school-based health centers in a rural setting: effects on emergency department use. *J Sch Health* 2016;86(4):242–9. doi:10.1111/josh.12375.
14. Van Cura M. The relationship between school-based health centers, rates of early dismissal from school, and loss of seat time. *J Sch Health* 2010;80(8):371–7. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00516.x.
15. Walker SC, Kerns SEU, Lyon AR, Bruns EJ, Cosgrove TJ. Impact of school-based health center use on academic outcomes. *J Adolesc Health* 2010;46(3):251–7. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.07.002.
16. Kocoglu D, Emiroglu ON. The impact of comprehensive school nursing services on students' academic performance. *J Caring Sci.* 2017;6(1):5–17. doi:10.15171/jcs.2017.002.
17. Svebak S, Jensen EN, Gotestam KG. Some health effects of implementing school nursing in a Norwegian high school: a controlled study. *J Sch Nurs.* 2008;24(1):49–54. doi:10.1177/10598405080240010801.

18. Guo JJ, Wade TJ, Keller KN. Impact of school-based health centers on students with mental health problems. *Public Health Rep.* 2008;123(6):768–80. doi:10.1177/003335490812300613.
19. Wade TJ, Mansour ME, Line K, Huentelman T, Keller KN. Improvements in health-related quality of life among school-based health center users in elementary and middle school. *Ambul Pediatr.* 2008;8(4):241–9. doi:10.1016/j.ambp.2008.02.004.
20. Strolin-Goltzman J. The relationship between school-based health centers and the learning environment. *J Sch Health* 2010;80(3):153–9. doi:10.1111/j.1746-1561.2009.00480.x.
21. Siegel LP, Kriebel TA. Evaluation of school-based, high school health services. *J Sch Health* 1987;57(8):323–5. doi:10.1111/j.1746-1561.1987.tb03211.x.
22. Guo JJ, Wade TJ, Pan W, Keller KN. School-based health centers: cost-benefit analysis and impact on health care disparities. *Am J Public Health* 2010;100(9):1617–23. doi:10.2105/AJPH.2009.185181.
23. Roos PD, Paul HL, Nelson CW, Crooker M. A partial benefit: cost analysis of one school health room. *J Sch Health* 1984;54(4):162–6. doi:10.1111/j.1746-1561.1984.tb08803.x.
24. Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):642–8. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441.
25. Gibson EJ, Santelli JS, Minguez M, Lord A, Schuyler AC. Measuring school health center impact on access to and quality of primary care. *J Adolesc Health* 2013;53(6):699–705. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.021.
26. Frikha Jarraya M, Ben Abdelaziz A, Ghedira A, Ghannem H. Attentes des adolescents vis-à-vis des services de santé scolaire à Sfax, Tunisie [Adolescents' expectations with regard to school health services in Sfax, Tunisia]. *Sante Publique* 2004;16(3):447–58. doi:10.3917/spub.043.0447 (in French).
27. Zaghloul AA, Abou El Enein NY, Abdel Hameed AY, Shaheen M. Pattern of utilization of the school health insurance programme in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 2006;81(3–4):223–40. PMID:17382062.

Para obtener más  
información, escriba a:

[healthpromotion@who.int](mailto:healthpromotion@who.int)

