Indicadores de salud del adolescente

propuestos por la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente

Orientación para el seguimiento de la salud del adolescente a nivel nacional, regional y mundial

PMNCH for Women's, Children's and Adolescents' Health

ONUSIDA

unesco

UNFPA

unicef

ONU MUJERES

WORLD BANK GROUP

WFP World Food Programme

Organización Mundial de la Salud

Indicadores de salud del adolescente

propuestos por la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente

Orientación para el seguimiento de la salud del adolescente a nivel nacional, regional y mundial

PMNCH for Women's, Children's and Adolescents' Health
ONUSIDA
unesco
UNFPA
unicef
ONU MUJERES
WORLD BANK GROUP
WFP World Food Programme
Organización Mundial de la Salud

Indicadores de salud del adolescente propuestos por la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente: orientación para el seguimiento de la salud del adolescente a nivel nacional, regional y mundial [The adolescent health indicators recommended by the Global Action for Measurement of Adolescent health: guidance for monitoring adolescent health at country, regional and global levels]

ISBN 978-92-4-009547-2 (versión electrónica)
ISBN 978-92-4-009548-9 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2024

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

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

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules).

Forma de cita propuesta. Indicadores de salud del adolescente propuestos por la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente: orientación para el seguimiento de la salud del adolescente a nivel nacional, regional y mundial [The adolescent health indicators recommended by the Global Action for Measurement of Adolescent health: guidance for monitoring adolescent health at country, regional and global levels]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en https://iris.who.int/?locale-attribute=es&.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase https://www.who.int/publications/book-orders. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase https://www.who.int/es/copyright.

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

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, 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 OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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

Foto de portada: Integrantes del colectivo Art-Blast en el Centro de Desarrollo y Liderazgo Juvenil en Soledad, Colombia.
© UNICEF/UN0849335/Elba Bayona

Índice

Documento de un vistazo iv
Prefacios v
Agradecimientos viii
Abreviaciones x
Resumen ejecutivo xi
1. Introducción 1
1.1 Antecedentes 2
1.2 Ámbito de aplicación y objetivo 2
1.3 Principales destinatarios y uso previsto 3
2. Proceso de selección de los indicadores 5
2.1 Primer paso. Delimitación de las principales áreas de medición 7
2.2 Segundo paso. Examen exploratorio de los indicadores de salud del adolescente 7
2.3 Tercer paso. Selección de los indicadores preliminares de salud del adolescente 7
2.4 Cuarto paso. Evaluación, armonización y revisión de las bases de datos 7
2.5 Quinto paso. Ajuste y finalización de los indicadores 7
3. Los indicadores 9
3.1 Políticas, programas y leyes 13
3.2 Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones 17
3.3 Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud 21
3.4 Comportamientos y riesgos en materia de salud 28
3.5 Bienestar subjetivo 48
3.6 Resultados y afecciones de salud 50
4. Principios de medición 61
4.1 Enfoque integral y colaboración interdisciplinar 62
4.2 Participación del adolescente 62
4.3 Consideración del contexto 62
4.4 Consideraciones éticas 62
4.5 Equidad, inclusividad y representatividad 63
4.6 Desglose 63
5. De los indicadores a la acción 65
5.1 Catalogación de los datos 66
5.2 Uso de los datos 68
5.3 Factores clave para lograr los objetivos 69
5.4 Llamado a la acción 70
6. Referencias 71

Este documento es una guía interactiva para la recopilación, compilación, notificación y uso uniforme de datos de salud de los adolescentes. Vea los detalles de cada sección a continuación y haga clic en los bloques para saltar a la sección correspondiente.

1 Introducción

Una instantánea del panorama de la medición de la salud de los adolescentes y por qué necesitamos un conjunto de indicadores prioritarios y estándares armonizados.

2 Proceso de selección de indicadores

El proceso de selección fue sistemático, participativo e incluyó cinco pasos:

1. Identificación de áreas principales de medición
2. Examen exploratorio de los indicadores para áreas principales seleccionadas
3. Selección los indicadores preliminares
4. Evaluación, armonización y revisión de las bases de datos
5. Ajuste y finalización de los indicadores

3 Los indicadores

La Acción Mundial para la Medición de la Salud de los Adolescentes (GAMA) ha recomendado 47 indicadores dentro de seis ámbitos:

3.1 Políticas, programas y leyes

3.2 Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

3.3 Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

3.4 Comportamientos y riesgos en materia de salud

3.5 Bienestar subjetivo

3.6 Resultados y afecciones de salud

4 Principios de medición

Un resumen de los principios clave de medición, aplicables a todos los indicadores, incluida la participación de los adolescentes, las consideraciones éticas y el desglose recomendado.

5 De los indicadores a la acción

Cómo se pueden utilizar los indicadores recomendados por GAMA para identificar prioridades, asignar recursos, monitorear y evaluar programas y abogar por la salud de los adolescentes.

6 Referencias

Haga clic para saltar a la sección

Prefacios

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y emocionales significativos que requiere enfoques de salud adaptados. Históricamente, el mundo ha carecido de indicadores exhaustivos para la salud de los adolescentes, lo que ha obstaculizado el desarrollo efectivo de políticas e intervenciones específicas para esta edad.

Esa es la brecha en los datos de salud global que este recurso pretende llenar. Los indicadores recomendados por la Acción Global para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA) ofrecen un marco de consenso para guiar los esfuerzos globales para mejorar la salud de los adolescentes, como un paso más en el camino hacia la cobertura sanitaria universal.

Los indicadores recomendados por GAMA representan una colaboración única y de varios años entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y siete agencias de las Naciones Unidas (ONU), con el objetivo de armonizar la medición de la salud de los adolescentes a nivel mundial. Estos indicadores fueron seleccionados para integrarse en los sistemas nacionales de monitoreo de salud, proporcionando una base sobre la cual se pueden desarrollar y evaluar políticas y programas.

El proceso inclusivo para seleccionar estos indicadores se ha basado en trabajos previos y actuales para medir la salud de los adolescentes, y se ha fundamentado tanto en el rigor científico como en la viabilidad, basándose en evaluaciones de la vida real en los Estados Miembros. Los indicadores llenan una brecha crítica, ofreciendo una perspectiva matizada para evaluar la salud de los adolescentes que va más allá de los datos de salud tradicionales. Con estos indicadores, los países pueden comparar el progreso, identificar prioridades de acción y asignar recursos de manera efectiva, guiando a los adolescentes hacia un futuro más saludable.

Este trabajo es una herramienta poderosa para los responsables de políticas y los socios para promover, proporcionar y proteger la salud de los adolescentes, y darles la mejor oportunidad de una edad adulta saludable. Es un compromiso no solo para rastrear la salud, sino también para transformarla. Vemos estos indicadores como las piedras angulares en el arco de la salud global de los adolescentes, soportando el peso de nuestras aspiraciones y las esperanzas de las futuras generaciones.

La OMS está comprometida en apoyar a los países para implementar estos indicadores, como parte de nuestro trabajo compartido para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes en todo el mundo.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
Organización Mundial de la Salud.

La Alianza para la Salud Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH) se complace en colaborar en los Indicadores de Salud del Adolescente recomendados por la Acción Global para la Medición de la Salud del Adolescente: Orientación para el monitoreo de la salud del adolescente a nivel nacional, regional y global.

Durante mucho tiempo, los adolescentes y sus necesidades han recibido atención insuficiente. Avanzar en una agenda para el bienestar de los adolescentes exige datos oportunos y sólidos para la defensa eficaz, el desarrollo de políticas y el monitoreo de programas. Los indicadores recomendados por GAMA responden de manera decisiva a una brecha crucial en los datos de salud, proporcionando una base necesaria para medir los resultados mejorados de salud de los adolescentes.

La OMS y PMNCH, junto con las demás agencias H6+ de la ONU, han establecido conjuntamente un Grupo Consultivo de Expertos para trabajar en el fortalecimiento de la medición del bienestar de los adolescentes basado en el Marco de Bienestar del Adolescente y sus cinco dominios interconectados. El objetivo es desarrollar un enfoque de medición aplicable a nivel nacional, regional y global. Este esfuerzo colaborativo marca un paso significativo en el seguimiento y mejora de la salud y el bienestar de los adolescentes. Iniciativas como estas, complementadas por la Agenda de Acción para Adolescentes de PMNCH dentro de la campaña 1.800 millones de Jóvenes para el Cambio, son fundamentales para una comprensión completa del bienestar de los adolescentes, abordando sus necesidades específicas y midiendo el impacto de manera eficiente y oportuna.

Rt. Hon. Helen Clark
Presidenta
Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

Para mejorar la salud de nuestros adolescentes, necesitamos entender dónde se necesitan priorizaciones e intervenciones. Agradezco la publicación de esta orientación, que ofrece recomendaciones concretas para ayudar a fortalecer el monitoreo integral de la salud del adolescente.

Los adolescentes enfrentan múltiples desafíos para acceder a los servicios de salud, incluida la discriminación basada en la edad y la exclusión de los servicios. Al involucrar a los propios adolescentes en el espíritu de equidad e inclusión, trabajando en todos los sectores y desagregando los datos, podemos crear programas mejores y más efectivos que satisfagan las diversas necesidades de los adolescentes. Esto está en línea con los compromisos asumidos en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2021, que incluye la importancia de abordar las desigualdades y barreras estructurales que limitan el acceso a los servicios.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) se compromete a apoyar a los países en la recopilación y análisis de datos sobre el VIH a través del proceso de Monitoreo Global del SIDA. La inversión basada en evidencia es clave para mejorar la vida y la salud de nuestros adolescentes y las generaciones futuras. Este informe señala el camino a seguir.

Winnie Byanyima
Directora Ejecutiva
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

La adolescencia es un periodo crítico para adquirir habilidades, conocimientos y competencias esenciales para la vida que influyen significativamente en los resultados de salud y educación a lo largo de toda la vida. Por ello, es un placer colaborar con la OMS y otros asociados de las ONU en la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA).

Los indicadores recomendados por GAMA colman las lagunas de conocimiento y rendición de cuentas en materia de salud del adolescente y sirven de base para la elaboración de políticas informadas y programas eficaces. Nuestro esfuerzo conjunto se centra en armonizar las iniciativas de medición de la salud a escala local, nacional y mundial, teniendo en cuenta la importancia de integrar estos indicadores en los sistemas nacionales y, de este modo, reducir la carga que supone la recopilación de datos y fomentar la coherencia para poder compararlos.

Esta colaboración se ajusta al compromiso de la UNESCO de promover la educación para la salud y el bienestar, consciente de que unos adolescentes informados y sanos son la clave del desarrollo sostenible y de la plena realización de su derecho a la educación. Esta iniciativa conjunta supone un paso importante hacia un enfoque integral de la medición de la salud del adolescente, que oriente los esfuerzos mundiales para que las futuras generaciones sean más sanas, mejor educadas y prósperas.

Stefania Giannini
Subdirectora General de Educación
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

---

A nivel global, 1.3 mil millones de adolescentes se encuentran en el umbral de la adultez. Su futuro es el futuro del mundo.

El avance hacia el desarrollo sostenible depende de las inversiones que hagamos hoy en la salud, el bienestar y el empoderamiento de los adolescentes. Las inversiones selectivas pueden reportar cuantiosos beneficios sociales y económicos, razón por la cual es tan importante disponer de indicadores de salud exhaustivos y específicos para cada edad: pueden revelar datos e información valiosos sobre dónde centrar las intervenciones para que nadie se quede atrás.

El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) recibe con satisfacción los indicadores recomendados por la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA), porque es imprescindible disponer de datos para diseñar e invertir en programas eficaces que apoyen plenamente la salud y el bienestar de los adolescentes. Los indicadores recomendados por GAMA proporcionan un conjunto completo de medidas que abarcan un amplio abanico de dimensiones de la salud del adolescente, como la salud física, la salud mental, la salud sexual y reproductiva y el bienestar social.

Es fundamental disponer de mejores datos sobre la salud del adolescente para hacer realidad la promesa del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, cuyo 30.º aniversario se celebra este año, y para cumplir los objetivos consagrados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Instamos a las partes interesadas a que adopten el uso de los indicadores recomendados por GAMA para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes de hoy y las aspiraciones de las generaciones futuras para un mañana más saludable.

Natalia Kanem
Directora Ejecutiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

La adolescencia es una época de transformación, marcada por las oportunidades de crecimiento. No obstante, el carácter transitorio de la adolescencia también expone a los jóvenes a toda una serie de dificultades. Esta generación de adolescentes, la más numerosa de la historia, se enfrenta a enormes complejidades que van desde los conflictos y el cambio climático hasta la pobreza y las pandemias mundiales.

Históricamente, la falta de datos sobre los adolescentes ha impedido que comprendamos la dinámica evolución física y emocional que experimentan y ha dificultado nuestra capacidad para adaptar de forma eficaz las políticas y las intervenciones.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es un firme defensor de los derechos y el desarrollo del adolescente y se compromete a garantizar que ningún adolescente se quede atrás. A la vanguardia de este compromiso se encuentra el programa insignia de asistencia técnica de UNICEF en materia de encuestas de hogares, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), que son la piedra angular de la asistencia a los países para medir la salud del adolescente. Además, la iniciativa Measuring Mental Health Among Adolescents and Young People at the Population Level (MMAPP) colma la laguna de datos y herramientas fiables sobre la salud mental del adolescente.

La colaboración continua entre los gobiernos, UNICEF y los organismos asociados en torno al uso de las MICS y la integración de MMAPP en el marco más amplio de GAMA, garantiza la armonización de las mediciones en torno a la salud del adolescente y constituye un paso fundamental hacia un futuro más saludable para los adolescentes de todo el mundo. Estas orientaciones sirven de llamamiento a la acción para que las autoridades políticas y los sistemas de salud den prioridad a la salud del adolescente, no solo en el seguimiento, sino también en la transformación de los resultados que incluyan la salud mental y el bienestar. El enfoque integral adoptado en este documento tiene en cuenta la complejidad del desarrollo en la adolescencia y la necesidad de disponer de sistemas de apoyo que atiendan los problemas de salud mental. Velemos conjuntamente por que todos los jóvenes tengan la oportunidad de crecer no solo de cuerpo, sino también de mente y espíritu.

Catherine Russell
Directora Ejecutiva
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

El Grupo del Banco Mundial está comprometido a abordar la salud del adolescente como un componente crítico de los esfuerzos generales de salud pública y desarrollo. La adolescencia es una etapa fundamental de la vida, caracterizada por importantes cambios físicos, emocionales y sociales, y encierra la clave para desbloquear un futuro de bienestar y prosperidad para las generaciones venideras. Las inversiones que hagamos hoy producirán los dividendos de un mañana más saludable y equitativo, con beneficios a largo plazo para las personas, las comunidades y las sociedades.

El enfoque multifacético del Grupo del Banco Mundial hacia la salud de los adolescentes se caracteriza por un fuerte compromiso con el apoyo a políticas y programas, el desarrollo de capacidades, la promoción y las alianzas. Subraya la importancia de integrar estos esfuerzos con objetivos de desarrollo más amplios para crear un impacto que trascienda el sector de la salud. Una parte integral de nuestra estrategia es la colaboración con el Fondo de Financiamiento Mundial para Mujeres, Niños y Adolescentes, con su enfoque láser en la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.

Para realizar un seguimiento del progreso e informar las decisiones políticas, ponemos especial énfasis en mejorar la recopilación y medición de datos relacionados con los resultados de salud del adolescente. La mejor manera de lograrlo es abogar por y utilizar indicadores estandarizados, como los recomendados por la Acción Mundial para la Medición de la Salud de los Adolescentes (GAMA).

El uso de estos indicadores puede garantizar una mayor transparencia y rendición de cuentas, ayudar a identificar brechas, dirigir recursos a prioridades clave y respaldar mejores decisiones políticas a nivel nacional. Esto ayudará a priorizar la salud del adolescente no sólo como un imperativo moral sino como una inversión estratégica en nuestro futuro colectivo.

Juntos podemos construir sistemas de salud que no sólo sean receptivos sino también resilientes, garantizando que los jóvenes reciban los servicios de salud que necesitan para prosperar.

Dr Juan Pablo Uribe
Director Global, Salud, Nutrición y Población
Director, Fondo de Financiamiento Global
El grupo del Banco Mundial

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da las gracias a todas las personas que han contribuido a la elaboración de este documento.

Liderazgo

Regina Guthold, del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento (MCA) de la OMS, y Andrew Marsh, consultor de la OMS, coordinaron la elaboración de este documento de orientación.

Equipo de redacción

Las personas que dirigieron la redacción fueron Regina Guthold, Andrew Marsh, Holly Newby, consultora de la OMS, y Simone Storey, consultora independiente.

Contribuciones y revisiones de la OMS

Personal y consultores de la sede de la OMS

La OMS agradece las contribuciones de los puntos focales de la Acción Mundial para la Medición de la salud del adolescente (GAMA) designados por los departamentos de la sede de la OMS: Wole Ameyan (Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e ITS (HHS)), Sheri Bastien (Salud Sexual y Reproductiva e Investigación (SRH)), Paul Bloem (Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos), Marie Noel Brune Drisse (Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud), Stephanie Burrows (Determinantes Sociales de la Salud (SDH)), Tarun Dua (Salud Mental y Uso de Sustancias (MSD)), Meleckidzedeck Khayesi (SDH), Wahyu Retno (Annet) Mahanani (Datos y Análisis (DNA)), Anshu Mohan (Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño), Leanne Riley (Enfermedades No Transmisibles, Rehabilitación y Discapacidad (NCD)), Kuntal Saha (Nutrición y Seguridad Alimentaria (NFS)) y Chiara Servili (MSD).

La OMS agradece también las aportaciones de otros miembros del personal y consultores de la OMS: Avni Amin (SRH), Valentina Baltag (MCA), Prerna Banati (MCA), Anshu Banerjee (MCA), Elaine Borghi (NFS), Fiona Bull (Promoción de la Salud (HPR)), Marcelo Cardona (exconsultor de la OMS), Alison Commar (HPR), Theresa Diaz (MCA), Titus Divala (consultor de la OMS), Katrin Engelhardt (NFS), Alexandra Fleischmann (MSD), Anna Kågesten (exconsultora de la OMS), Elizabeth Katwan (MCA), Sarah Keogh (consultora de la OMS), Dzmitry Krupchanka (MSD), Gerard Lopez (MCA), David Meddings (SDH), Ann Beth Moller (SRH), Jane Rowley (HHS), Lynnmarie Sardinha (SRH) y Nhan Tran (SDH).

Personal regional de la OMS

La OMS agradece las contribuciones y la facilitación de la comunicación en los países de Geoffrey Bisoborwa (Oficina Regional de la OMS para África), Sonja Caffe (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Rajesh Khanna (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Aigul Kuttumuratova (Oficina Regional de la OMS para Europa), Óscar San Román (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Ogusa Shibata (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Khalid Siddeeg (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental) y Martin Weber (Oficina Regional de la OMS para Europa). La OMS agradece asimismo las contribuciones de Symplice Mbola Mbassi (antes en la Oficina Regional de la OMS para África), Rajesh Mehta (antes en la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental) y Nittita Prasopa-Plaizier (antes en la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste).

Personal de las oficinas de la OMS en los países y colaboradores en los países

La OMS agradece al personal y a los colaboradores locales de las oficinas de la OMS en Armenia, Colombia, Côte d'Ivoire, Guatemala, Guinea, India, Lesotho, Malasia, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzanía, Timor-Leste, Togo y Zimbabwe su participación en el estudio de viabilidad y en el proceso de selección de los indicadores.

Contribuciones y revisiones de los organismos de las Naciones Unidas

La OMS agradece las contribuciones de los miembros del Comité Directivo de GAMA de las Naciones Unidas (ONU) y de otros colaboradores de organismos asociados de las Naciones Unidas: Parviz Abduvahobov (UNESCO), Tashrik Ahmed (UNICEF), Sameera Al Tuwaijri (Grupo Banco Mundial), Victoria Bendaud (ONUSIDA), Savvy Brar (UNICEF), Liliana Carvajal Velez (UNICEF), Nazneen Damji (ONU Mujeres), Howard Friedman (UNFPA), Brendan Hayes (Grupo Banco Mundial), Gabriel Lara Ibarra (Grupo Banco Mundial) e Ilaria Schibba (Programa Mundial de Alimentos).

Contribuciones y revisiones externas

Grupo Consultivo GAMA

La OMS agradece por sus contribuciones a los miembros del Grupo Consultivo GAMA: Emmanuel Adebayo (Universidad de Ibadán, Nigeria), Peter Azzopardi (Universidad de Melbourne, Australia), Mariame Gueye Ba (Universidad Cheikh Anta Diop, Senegal), Krishna Bose (Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Estados Unidos de América), Saeed Dastgiri (Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, República Islámica de Irán), Lucy Fagan (Grupo Principal de las Naciones Unidas para la Infancia y la Juventud, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Jane Ferguson (Consultora independiente, Suiza), Charity Giyava (Women Deliver, Zimbabwe), Joanna Inchley (Universidad de Glasgow, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Ann Hagell (Association for Young People's Health, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Laura Kann (Consultora independiente, Estados Unidos de América), Sunil Mehra (Instituto Mamta de Salud Maternoinfantil, India), Elizabeth Saewyc (Universidad de Columbia Británica, Canadá), Kun Tang (Universidad Tsinghua, China), Dakshitha Wickremarathne (FP2030, Malasia) y Diana Yeung (Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Estados Unidos de América).

Otras contribuciones y revisiones

La OMS agradece las contribuciones de Carlo Cafiero (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), Carolin Ekman (consultora independiente), Debra Jackson (London School of Hygiene & Tropical Medicine), Mary-Anne Land (consultora independiente), Thérèse Mahon (WaterAid), Dennis Mazingi (The George Institute for Global Health), Yemi Okwaraji (London School of Hygiene & Tropical Medicine), Margie Peden (The George Institute for Global Health) y Marni Sommer (Columbia University Mailman School of Public Health).

Apoyo administrativo

La OMS agradece a Gersende Moyse su apoyo administrativo.

Apoyo financiero

La OMS agradece el apoyo financiero prestado por la Fundación Bill y Melinda Gates.

Abreviaciones

AA-HA!	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos
CIE-11	Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
DE	desviación estándar
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición
EDS	encuesta demográfica y de salud
G-SHPPS	Encuesta Mundial sobre Políticas y Prácticas de Salud Escolar
GAMA	Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente
GSHS	Encuesta Mundial de Salud a Escolares
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HMIS	sistema de información sobre la gestión sanitaria
IMC	índice de masa corporal
IRTEC	International Registry for Trauma and Emergency Care
ITS	infección de transmisión sexual
MICS	Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados
MICS7	Séptima ronda de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados
MMAPP	Measuring Mental Health Among Adolescents and Young People at the Population Level
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PPA	paridad del poder adquisitivo
RC-EV	registro civil y estadísticas vitales
SRMNCAH	Salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VACS	Encuestas sobre la violencia contra los niños y los jóvenes
VHS 2	virus del herpes simple de tipo 2
VPH	virus de los papilomas humanos

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

Resumen ejecutivo

La adolescencia es una etapa fundamental de la vida para el desarrollo físico, cognitivo y emocional, que condiciona la salud y el bienestar futuros. Es imprescindible medir la salud del adolescente de forma exhaustiva para dar prioridad a los problemas de salud, orientar las intervenciones y hacer un seguimiento de los progresos. Sin embargo, la medición de la salud del adolescente ha sido históricamente incoherente e incompleta a escala mundial, regional y nacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con asociados de las Naciones Unidas (ONU), ha creado el Grupo Consultivo de la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA) con el fin de apoyar los esfuerzos para centrar la medición de la salud del adolescente en las cuestiones más importantes y mejorar la armonización entre las distintas iniciativas de medición.

En este documento se recoge una lista de 47 indicadores recomendados por GAMA para medir la salud del adolescente. El proceso sistemático y participativo de selección de los indicadores constó de cinco pasos: la delimitación de las principales áreas de medición; el examen exploratorio de los indicadores de salud del adolescente para las áreas seleccionadas; la selección de los indicadores preliminares; la evaluación ulterior de los indicadores preliminares para determinar la viabilidad de su aplicación en los países, su concordancia con los programas de encuestas y la disponibilidad de datos a escala mundial; y el ajuste y la finalización de los indicadores a partir de estas evaluaciones.

Estos 47 indicadores pueden aplicarse a todos los subgrupos de población adolescente y abarcan seis ámbitos: programas, políticas y leyes; funcionamiento de los sistemas e intervenciones; determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud; comportamientos y riesgos para la salud; bienestar subjetivo; y resultados y afecciones de salud . Para cada indicador, se ofrece una justificación de su inclusión y los detalles para medirlo.

También se esbozan los principios de medición aplicables a todos los indicadores, como la participación del adolescente, las consideraciones éticas y el grado de desglose adecuado.

El objetivo de los indicadores es servir de guía para las políticas y los programas destinados a los adolescentes y ayudar a determinar los temas que requieren evaluaciones de salud más detalladas y programas adicionales. En el último capítulo de este documento de orientación se describe cómo lograrlo, a partir del enfoque propuesto en la guía para la aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (AA-HA!).

La finalidad del presente documento es servir de referencia. Su uso sistemático no solo garantizará una mejor orientación de los esfuerzos de recopilación de datos sobre la salud del adolescente, sino que también aportará uniformidad a la recopilación, compilación, comunicación y uso que realizan los países y las partes interesadas regionales y mundiales la información más importante para guiar las medidas destinadas a mejorar la salud del adolescente.

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

Campamento para refugiados de Tigray, Etiopía - Agosto de 2022. © OMS/Ala Kheir

1. Introducción

1.1 Antecedentes

La importancia de medir la salud del adolescente

Alrededor del 16% de la población mundial (1300 millones de personas) son adolescentes, es decir, personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. La gran mayoría de esta población vive actualmente en países de renta baja y media, donde, además, se prevé que el número de adolescentes siga creciendo *(1)*.

Es imprescindible invertir en la salud de los adolescentes para su bienestar actual y a lo largo de toda su vida. Esa inversión no solo beneficiará a las personas a título individual, sino que también contribuirá a construir comunidades y sociedades más sanas, mejor educadas y prósperas. Al dar prioridad a la salud del adolescente, capacitamos a los jóvenes para que alcancen su pleno potencial, lo que repercute positivamente en el futuro de la salud pública y el progreso de la sociedad *(2)*.

Para hacer un seguimiento de los avances en la salud del adolescente es necesario medir de forma sistemática los programas, las políticas, las leyes y las intervenciones más importantes, así como los determinantes, los comportamientos, los riesgos y los resultados. No obstante, el panorama de la medición de la salud del adolescente ha sido históricamente incoherente e incompleto, dado que los distintos países y grupos de medición utilizan una gran cantidad de indicadores diversos. Esto ha generado una duplicación innecesaria del trabajo en algunos ámbitos y lagunas de medición en otros *(3)*.

Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA)

En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el Grupo Consultivo GAMA para mejorar la medición de la salud del adolescente a nivel mundial, regional y nacional y centrar los esfuerzos en las cuestiones más importantes. Esto se hizo con el apoyo de otros siete organismos de las Naciones Unidas (ONU): el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ONU Mujeres, el Grupo Banco Mundial y el Programa Mundial de Alimentos *(4)*.

El Grupo Consultivo GAMA está formado por 16 miembros, procedentes de 12 países de todas las regiones de la OMS, entre ellos 4 expertos jóvenes. Tras una convocatoria abierta, se seleccionó a los miembros mediante un proceso competitivo basado en sus conocimientos técnicos. La selección garantizó el equilibrio geográfico y de sexo dentro del grupo, así como la cobertura de los conocimientos sobre los principales temas de salud del adolescente.

Los objetivos de GAMA son los siguientes:

- proveer de orientación técnica a la OMS, a los organismos asociados de las Naciones Unidas y a otros grupos pertinentes dedicados a la medición para definir un conjunto de indicadores prioritarios sobre la salud del adolescente, con el fin de armonizar los esfuerzos en torno a la medición y la notificación de la salud del adolescente; y
- promover una orientación armonizada para medir la salud del adolescente con el fin de ayudar a los países y a las organizaciones técnicas a recopilar datos útiles que permitan realizar un seguimiento de los avances en la mejora de la salud del adolescente *(5)*.

GAMA ha creado una red de asociados, entre los que se encuentran las partes interesadas en la medición de la salud del adolescente a escala mundial, regional y nacional, para avanzar en la consecución de estos objetivos e intercambiar la información más reciente en materia de medición. En el sitio web de GAMA se incluye más información[1].

1.2 Ámbito de aplicación y objetivo

Este documento de orientación contiene una lista de indicadores recomendados para medir la salud del adolescente en todos los países y en todos los subgrupos de población adolescente. Se incluyen los adolescentes más jóvenes (de 10 a 14 años) y mayores (15-19 años) de todos los géneros, los adolescentes que asisten y que no asisten a la escuela, los que se encuentran en contextos humanitarios, los adolescentes que sufren discapacidades, las minorías étnicas y religiosas, los migrantes y los adolescentes internados en instituciones.

Los indicadores incluidos en este documento se refieren a seis ámbitos derivados de los marcos existentes pertinentes para la medición de la salud del adolescente *(6)*:

- **políticas, programas y leyes:** incluye indicadores nacionales sobre las políticas, los programas y las leyes relacionados con la salud del adolescente *(7, 8)*;
- **desempeño de los sistemas e intervenciones:** incluye indicadores sobre la cobertura de los servicios de salud para el adolescente *(8)*;
- **determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud:** incluye indicadores sobre los factores que influyen en la salud de la población y la equidad en la salud *(9)*;

[1] Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA): https://www.who.int/groups/the-global-action-for-measurement-of-adolescent-health

- **comportamientos y riesgos en materia de salud:** incluye indicadores sobre comportamientos y riesgos modificables que repercuten en la salud del adolescente *(10)*;
- **bienestar subjetivo:** incluye indicadores relativos a la vinculación *(11)*; y
- **resultados y afecciones de salud:** incluye indicadores directamente relacionados con la carga de mortalidad y morbilidad adolescente *(12)*.

El número de indicadores incluidos se ha limitado deliberadamente para centrar la atención en los problemas de salud más significativos a los que se enfrentan los adolescentes, reducir al mínimo la carga de notificación y facilitar su medición y uso en los países. Los indicadores que aquí se presentan pretenden servir de orientación para las políticas y los programas destinados a la adolescencia y contribuir a determinar los ámbitos en los que se necesitan evaluaciones de salud más detalladas.

Esta lista de indicadores recomendados por GAMA permitirá a los países hacerse una idea completa de la salud de sus adolescentes y de los factores que contribuyen a ella. Pueden utilizarse las listas existentes de indicadores sobre temas específicos para complementar esta lista de indicadores de salud del adolescente cuando se requiera información adicional. En particular, la lista de indicadores recomendados por GAMA incluye al menos un indicador de cada una de las siguientes listas de indicadores temáticos:

- *Measuring Mental Health Among Adolescents and Young People at the Population Level (MMAPP) (13), sobre* ***salud mental****;*
- *Priority list of indicators for girls' menstrual health and hygiene: technical guidance for national monitoring (14), sobre* ***salud menstrual e higiene****;*
- *Hacer que todas las* ***escuelas sean promotoras de la salud****. Pautas e indicadores mundiales (15);*
- *Indicadores del* ***bienestar*** *adolescente promovidos por el Grupo Consultivo de Expertos en Medición del Bienestar Adolescente (16);*
- *INSPIRE indicator guidance and results framework – ending violence against children: how to define and measure change (17), sobre la* ***violencia****; y*
- *Lista básica de indicadores orientados a la acción para la prevención de* ***lesiones no intencionales*** *en niños.(18).*

1.3 Principales destinatarios y uso previsto

Los destinatarios de este documento de orientación son las partes interesadas que participan en la recopilación, interpretación y uso de datos relacionados con la salud del adolescente. Más concretamente, este documento se dirige a:

- los gobiernos, en particular las partes interesadas en la salud del adolescente dentro de los ministerios de Salud y otros ministerios pertinentes, las autoridades responsables de la formulación de políticas y de la gestión de programas y las oficinas de estadística, incluidas las que elaboran los informes sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS);
- las personas que elaboran, gestionan y realizan encuestas y estudios relacionados con la salud del adolescente;
- las organizaciones internacionales y nacionales que trabajan con los adolescentes y para ellos; y
- los investigadores y las instituciones académicas que se centran en la salud del adolescente.

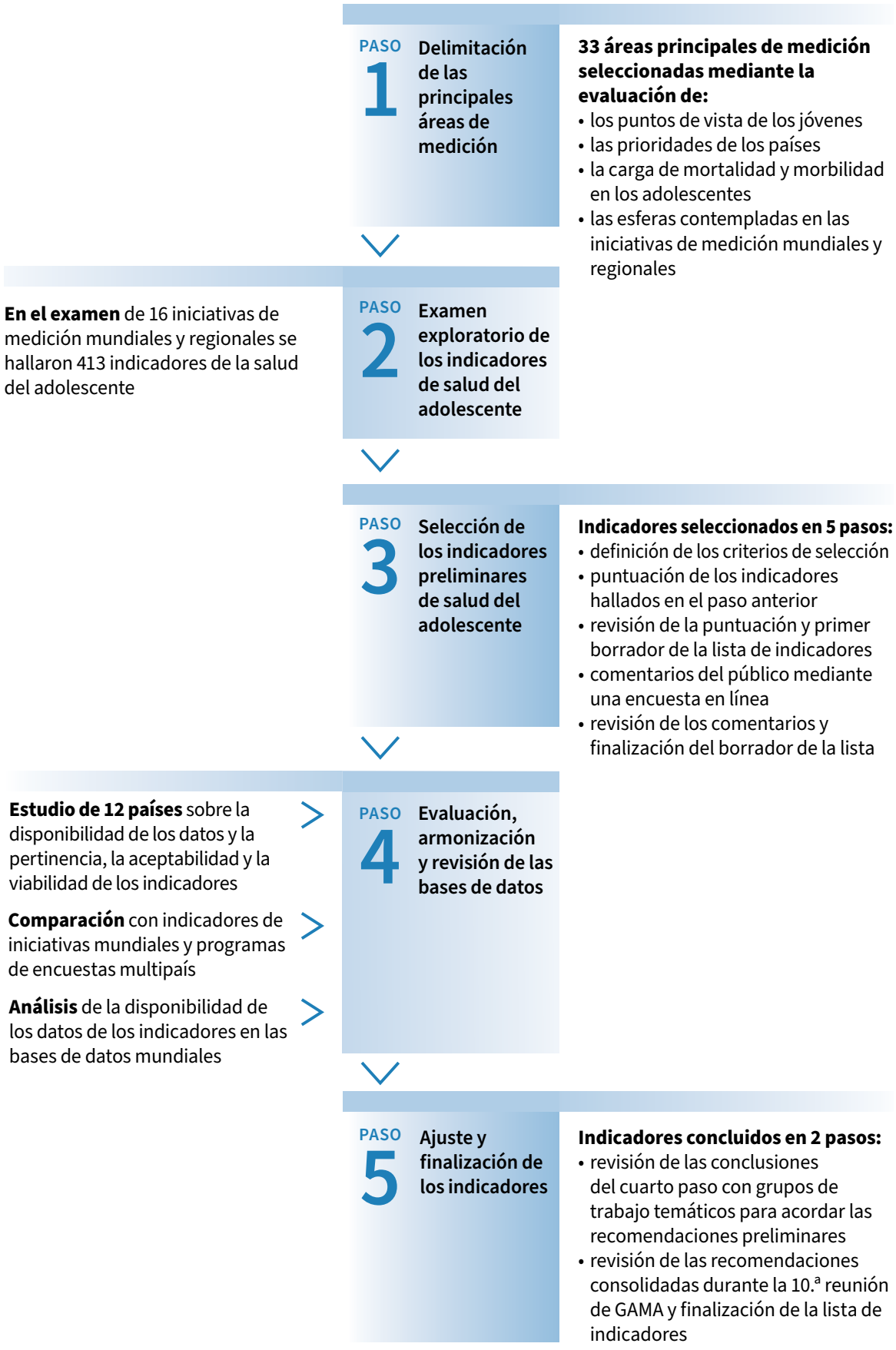
Estas orientaciones deben utilizarse como documento de referencia. Su uso sistemático garantizará una mejor orientación y alineación de los esfuerzos de recopilación de datos sobre la salud del adolescente. Ayudará a los países, así como a las partes interesadas a nivel regional y mundial, a recopilar, compilar, notificar y utilizar de manera homogénea la información más importante para orientar las medidas destinadas a mejorar la salud del adolescente.

Condado de Homa Bay, Kenia - 28 de marzo de 2018: John, de 14 años, durante un examen en el internado Ober Boys (secundaria). Es un estudiante con discapacidad visual en esta institución educativa, ubicada cerca del lago Victoria, que es pionera en Kenia en apoyar a niños con discapacidad visual. © OMS/NOOR /Sebastian Liste

2. Proceso de selección de los indicadores

El conjunto de indicadores recomendados por GAMA que se presenta en este documento se seleccionó mediante un proceso de cinco pasos (fig. 1).

Figura 1. Proceso de selección de los indicadores recomendados por GAMA



2.1 Primer paso. Delimitación de las principales áreas de medición

Se seleccionó un total de 33 áreas principales de medición de la salud del adolescente mediante una evaluación sistemática de cuatro aportaciones clave: los puntos de vista de los jóvenes; las prioridades de los países; la carga de mortalidad y morbilidad en los adolescentes; y las esferas contempladas en 16 iniciativas de medición de la salud del adolescente a escala mundial o regional *(6)*.

2.2 Segundo paso. Examen exploratorio de los indicadores de salud del adolescente

Se revisaron de nuevo las 16 iniciativas de medición mencionadas en el primer paso, junto con las 33 áreas principales de medición resultantes. Se extrajeron todos los indicadores que cubrían al menos una de las áreas principales de medición y coincidían con la franja de edad de la adolescencia (10-19 años), junto con sus metadatos, lo que arrojó una lista de 413 indicadores de la salud del adolescente *(3)*.

2.3 Tercer paso. Selección de los indicadores preliminares de salud del adolescente

Se elaboró un borrador de lista de indicadores de salud del adolescente conforme a un planteamiento estructurado en cinco pasos: definición de los criterios de selección de los indicadores; puntuación de los 413 indicadores hallados por los asesores de GAMA durante el segundo paso; examen de los resultados de la puntuación y elaboración de un borrador de lista de indicadores; recopilación de las opiniones del público sobre el borrador de lista mediante una encuesta pública en línea a las partes interesadas, en español, francés e inglés; y revisión de las observaciones de las partes interesadas y finalización del borrador de lista de indicadores *(19)*.

2.4 Cuarto paso. Evaluación, armonización y revisión de las bases de datos

El borrador de la lista de indicadores se evaluó mediante tres actividades distintas realizadas en paralelo: un estudio en 12 países sobre la disponibilidad de los datos y la pertinencia percibida, la aceptabilidad y la viabilidad de los indicadores incluidos en el borrador a escala nacional *(20)*; una comparación de la sintonía entre el borrador de indicadores y los indicadores similares incluidos en iniciativas mundiales y programas de encuestas multipaís seleccionados *(21)*; y una revisión de los datos de los indicadores en las bases de datos mundiales.

2.5 Quinto paso. Ajuste y finalización de los indicadores

Las conclusiones del cuarto paso se debatieron en grupos de trabajo temáticos. Los miembros del grupo facilitaron sus recomendaciones mediante una encuesta en línea y sus aportaciones se revisaron durante una reunión virtual que celebró cada grupo de trabajo para acordar unas recomendaciones preliminares. Esas recomendaciones se recopilaron y se presentaron en la 10.ª reunión de GAMA (septiembre de 2023, Ginebra), durante la cual se acordaron las recomendaciones finales y se finalizó la lista de indicadores *(22)*.

Estos indicadores se revisarán y actualizarán periódicamente, a medida que se disponga de nuevas pruebas y metodologías de medición.

Estudiantes con mascarillas en la escuela pública Tika Vidyashram en Katmandú. © OMS/Tom Pietrasik

3. Los indicadores

En este capítulo se incluye una visión general de los 47 indicadores, seguida de información detallada sobre cada uno de ellos. En este documento se presentan dos tipos de indicadores:

- **Los indicadores básicos**, que son esenciales para medir la salud de todos los adolescentes a nivel mundial.
- **Los indicadores adicionales**, que se proporcionan para los contextos[2] en los que un mayor detalle sobre determinados aspectos añadiría valor y para los que se dispondría de recursos para recopilar y notificar los datos.

En el cuadro 1 figuran los 47 indicadores básicos y adicionales, organizados en los seis ámbitos, y se incluye la unidad de medida de cada indicador.

Los cuadros de indicadores que figuran a continuación están ordenados de la forma siguiente: en primer lugar constan los indicadores del ámbito de políticas, programas y leyes, como pilares fundamentales de la acción nacional, seguidos de los relativos al funcionamiento de los sistemas e intervenciones y los determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud, que presentan el contexto general de la salud del adolescente.

Los ámbitos relativos a los comportamientos y riesgos para la salud, el bienestar subjetivo y los resultados y afecciones de salud contienen los indicadores relacionados con el estado de salud real de los adolescentes. Dentro de cada ámbito, los indicadores se agrupan por temas.

En todos los cuadros de indicadores figuran metadatos, es decir, la información técnica necesaria para comprender cada uno de los indicadores. Los metadatos se han diseñado para facilitar la armonización en la recopilación y el uso de los datos, y para subsanar las principales incoherencias detectadas en la revisión exhaustiva de los indicadores de salud del adolescente *(3)*.

En la figura 2 se presenta la estructura utilizada para organizar los metadatos en los cuadros de indicadores y se explican los distintos elementos.

[2] En este caso, por «contexto» se entiende un país o una región, y por «aspecto», una cuestión sanitaria o relacionada con la salud.

Camboya: Inclusión de la discapacidad en la salud – octubre-noviembre de 2023. © OMS/Miguel Jeronimo

Introducción
Proceso
Ámbitos:
Políticas
Sistemas
Determinantes
Comportamientos
Bienestar
Resultados
Principios
Acción
Referencias

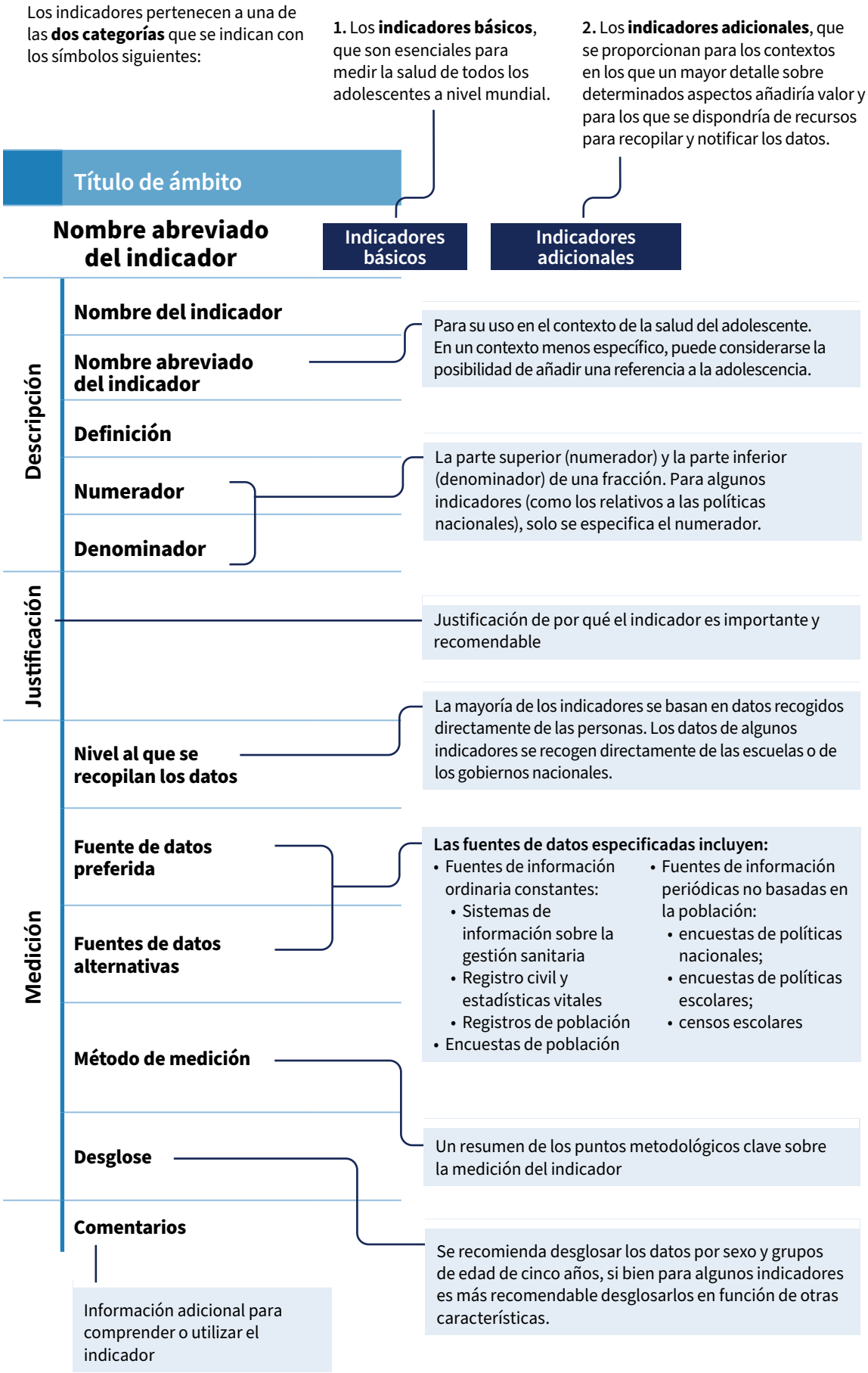
Cuadro 1. Descripción general de los indicadores recomendados de GAMA

Ámbito	Nivel al que se recopilan los datos	Indicadores (nombre abreviado)	Tipo de indicador
Políticas, programas y leyes	Gobierno/nacional	Programa nacional de salud del adolescente	
		Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes	Básicos
		Exenciones para los adolescentes del pago de las tasas por la utilización de servicios de salud	Adicionales
		Restricciones legales para acceder a los servicios de salud	
Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones	Individual	Uso de los servicios de salud	
		Cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Básicos
	Escuela	Servicios integrales de salud escolar	Adicionales
		Escuelas que ofrecen educación sobre el VIH y la sexualidad	
Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud	Individual	Proporción de población adolescente	
		Finalización de los estudios	
		Competencias básicas de aprendizaje	
		Pobreza[a]	Básicos
		Inseguridad alimentaria	Adicionales
		Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mayores	
		Adolescentes que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación	
Comportamientos y riesgos en materia de salud	Individual	Sobrepeso y obesidad	
		Delgadez	
		Consumo de frutas y hortalizas	
		Consumo de bebidas azucaradas	
		Actividad física	
		Ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol	
		Ingesta de alcohol	
		Consumo de tabaco	
		Consumo de cigarrillos electrónicos	
		Consumo de cannabis	Básicos
		Primera relación sexual antes de los 15 años	Adicionales
		Conocimiento de la menstruación antes de la menarquia	
		Uso de anticonceptivos en la última relación sexual (método moderno)	
		Uso de preservativo en la última relación sexual	
		Demanda de planificación familiar satisfecha (método moderno)	
		Atención cualificada durante el parto	
		Intimidación	
		Violencia física	
		Violencia sexual por contacto	
		Violencia sexual antes de los 18 años	
Bienestar subjetivo	Individual	Alguien con quien hablar de sus problemas	Básicos
		Relaciones familiares positivas	Adicionales
Resultados y afecciones de salud	Individual	Tasa de mortalidad de adolescentes (por todas las causas)	
		Tasa de mortalidad en adolescentes (por causas específicas)	
		Tasa de nacimientos de adolescentes	
		Prevalencia del VIH	
		Incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS)	Básicos
		Tasa de hospitalización por lesiones (por causas específicas)	Adicionales
		Anemia	
		Intento de suicidio	
		Síntomas de depresión/ansiedad	
		Solicitud de atención por depresión/ansiedad	

Los indicadores básicos son los más esenciales para medir la salud de todos los adolescentes a nivel mundial. Los indicadores adicionales son aquellos proporcionados para entornos donde más detalles dentro de un tema añadirían valor, y donde hay recursos disponibles para la recolección y reporte de datos.

[a] Este indicador se informa a nivel individual, utilizando datos del hogar sobre ingresos (o consumo).

Figura 2. Resumen de la estructura de los metadatos de los indicadores



3.1 Políticas, programas y leyes

Políticas, programas y leyes

Programa nacional de salud del adolescente

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Existencia de un programa nacional operativo de salud del adolescente
	Nombre abreviado del indicador	Programa nacional de salud del adolescente
	Definición	El país dispone de un programa nacional de salud del adolescente con al menos una persona designada a tiempo completo y una asignación presupuestaria regular del gobierno para apoyar el programa.
	Numerador	El país informa de la existencia de un programa nacional de salud del adolescente con al menos una persona designada a tiempo completo y una asignación presupuestaria regular del gobierno para apoyar el programa.
	Denominador	No aplicable
Justificación	Es necesario un programa nacional con recursos suficientes para determinar las prioridades nacionales y subnacionales y las estrategias de ejecución.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Gobierno/nacional
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, los países deben proporcionar datos sobre la existencia de programas nacionales de salud del adolescente, con preguntas de seguimiento sobre la dotación de personal y la asignación en los presupuestos ordinarios. A escala mundial, estos datos se recogen periódicamente a través de la Encuesta de la OMS sobre políticas de salud sexual y reproductiva y de salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.[b]
	Desglose	No se recomienda ningún desglose estándar.
Comentarios	Los programas de salud del adolescente pueden ser independientes o estar integrados en otros programas. El requisito de una sola persona a tiempo completo también puede cumplirse si varias personas comparten el puesto.	

[a] Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Katwan E, Bisoborwa G, Butron-Riveros B, Bychkov S, Dadji K, Fedkina N et al. Creating a global legal and policy database and document repository: challenges and lessons learned from the World Health Organization Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Survey. Int J Health Policy Manag. 2022;11(11):2415–21. doi:10.34172/ijhpm.2021.153.

Políticas, programas y leyes

Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Existencia de normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes
	Definición	El país cuenta con normas nacionales para la prestación de servicios de salud específicamente destinados a los adolescentes (de 10 a 19 ° años) que engloba un conjunto amplio y claramente definido de servicios de salud y cuya aplicación se ha supervisado.
	Numerador	El país informa de la existencia de normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes, que engloban un conjunto amplio y claramente definido de servicios de salud, cuya aplicación se ha supervisado.
	Denominador	No aplicable
Justificación	Las normas nacionales para la prestación de servicios de salud del adolescente ayudan a garantizar que se satisfacen las necesidades básicas de salud de los adolescentes.[a] La OMS promueve un enfoque basado en normas para mejorar la calidad de los servicios de salud.[b,c] Muchos países han adoptado un enfoque basado en normas para mejorar la calidad de la atención a los adolescentes, orientado por las normas OMS/ONUSIDA Normas Mundiales para Mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes,[c] si bien pocos las supervisan periódicamente.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Gobierno/nacional
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, los países deben proporcionar datos sobre la existencia de normas para la prestación de servicios de salud a los adolescentes, con preguntas de seguimiento sobre las actividades de supervisión y la inclusión de un conjunto integral de servicios de salud. A escala mundial, estos datos se recogen periódicamente a través de la Encuesta de la OMS sobre políticas de salud sexual y reproductiva y de salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.[d]
	Desglose	No se recomienda ningún desglose estándar.
Comentarios	En la *guía para la aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)*[b] se incluye una lista de los servicios e intervenciones recomendados actualmente para los adolescentes.	

[a] Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. J Adolesc Health. 2015;57(57):288–98. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.05.011.

[b] Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/183935, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Katwan E, Bisoborwa G, Butron-Riveros B, Bychkov S, Dadji K, Fedkina N et al. Creating a global legal and policy database and document repository: challenges and lessons learned from the World Health Organization Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Survey. Int J Health Policy Manag. 2022;11(11):2415–21. doi:10.34172/ijhpm.2021.153.

Políticas, programas y leyes

Exenciones para los adolescentes del pago de las tasas por la utilización de servicios de salud

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Existencia de una política nacional que exime a los adolescentes del pago de tasas por la utilización de servicios de salud ambulatorios en el sector público
	Nombre abreviado del indicador	Exenciones para los adolescentes del pago de las tasas por la utilización de servicios de salud
	Definición	Existencia de una política nacional que exime a los adolescentes del pago de tasas por la utilización de servicios de salud ambulatorios en el sector público
	Numerador	Sí = Todos los adolescentes están exentos de las tasas de usuario para las consultas ambulatorias. Parcial = Determinados subgrupos de la población adolescente están exentos del pago de tasas de usuario para las consultas ambulatorias. No = Los adolescentes no están exentos de las tasas de usuario para las consultas ambulatorias.
	Denominador	No aplicable
Justificación	Los obstáculos económicos pueden impedir que los adolescentes accedan a los servicios de salud, ya que tienen menos probabilidades de estar cubiertos por un seguro y de poder pagar de su bolsillo los servicios de salud.[a,b] Las exenciones de pago por los servicios pueden mejorar el acceso a los servicios de salud de los adolescentes que solicitan atención en los establecimientos del sector público.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Gobierno/nacional
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, los países deben proporcionar datos sobre la existencia de políticas nacionales que eximan a los adolescentes del pago de las visitas ambulatorias, con preguntas de seguimiento sobre si la exención se aplica a todos los adolescentes o solo a subgrupos específicos. A escala mundial, estos datos se recogen periódicamente a través de la Encuesta de la OMS sobre políticas de salud sexual y reproductiva y de salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.[c]
	Desglose	No se recomienda ningún desglose estándar.
Comentarios	No hay más comentarios.	

[a] Adolescent health: the missing population in universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/adolescent-health---the-missing-population-in-universal-health-coverage, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] Katwan E, Bisoborwa G, Butron-Riveros B, Bychkov S, Dadji K, Fedkina N et al. Creating a global legal and policy database and document repository: challenges and lessons learned from the World Health Organization Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Survey. Int J Health Policy Manag. 2022;11(11):2415–21. doi:10.34172/ijhpm.2021.153.

Políticas, programas y leyes

Restricciones legales para acceder a los servicios de salud

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Ausencia de un límite de edad legal para que los adolescentes den su consentimiento, sin necesidad del consentimiento del cónyuge, los padres o el tutor legal
	Nombre abreviado del indicador	Restricciones legales para acceder a los servicios de salud
	Definición	La ausencia de un límite de edad legal que permita a los adolescentes casados y solteros dar su consentimiento a determinados servicios de salud para adolescentes (es decir, servicios de anticoncepción, excepto la esterilización, anticonceptivos de emergencia, servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH, atención y tratamiento del VIH, intervenciones de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables y servicios de salud mental), sin necesidad de obtener el consentimiento de su cónyuge, sus padres o tutores legales
	Numerador	El país informa de que no hay un límite de edad legal para dar consentimiento a los servicios especificados sin el consentimiento de su cónyuge o de sus padres o tutores legales.
	Denominador	No aplicable
Justificación	La exigencia del consentimiento de los padres o tutores legales puede conllevar la ruptura de la confidencialidad y suponer un obstáculo para que los adolescentes accedan a determinados servicios de salud, como las pruebas y el tratamiento del VIH o la obtención de anticonceptivos.[a] Al medir la ausencia de autorizaciones obligatorias de terceros para recibir servicios de salud, este indicador proporciona información sobre la autonomía de los adolescentes con respecto a su salud.[b,c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Gobierno/nacional
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, los países deben proporcionar datos sobre la existencia de un límite de edad legal para que los adolescentes obtengan determinados servicios de salud, evaluados por separado entre los adolescentes casados y los solteros. A escala mundial, estos datos se recogen periódicamente a través de la Encuesta de la OMS sobre políticas de salud sexual y reproductiva y de salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.[d]
	Desglose	Estado civil
Comentarios	No hay más comentarios.	

[a] Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/183935, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings: a tool for health-care providers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/350208, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Katwan E, Bisoborwa G, Butron-Riveros B, Bychkov S, Dadji K, Fedkina N et al. Creating a global legal and policy database and document repository: challenges and lessons learned from the World Health Organization Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Survey. Int J Health Policy Manag. 2022;11(11):2415–21. doi:10.34172/ijhpm.2021.153.

3.2 Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

Uso de los servicios de salud

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que recibieron un servicio de salud durante los últimos 12 meses
	Nombre abreviado del indicador	Uso de los servicios de salud
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que recibieron un servicio de salud de un proveedor durante los últimos 12 meses
	Numerador	Número de adolescentes (10–19 años) que recibieron un servicio de salud de un proveedor durante los últimos 12 meses
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Este indicador mide la proporción de adolescentes que utilizan los servicios de salud y reciben atención. La adolescencia es una etapa decisiva para el desarrollo de comportamientos saludables y la prestación de atención preventiva; por ello, la OMS alienta el uso regular de los servicios de salud y la recopilación sistemática de datos sobre su utilización.[a, b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Método de medición	Para medir este indicador, es necesario disponer de datos tanto sobre los servicios de salud recibidos como sobre la población. En las encuestas, puede preguntarse si se recibió algún servicio de salud durante los 12 meses anteriores a la encuesta y, a continuación, registrar la(s) fuente(s) del servicio, lo que permitirá el desglose por tipo de establecimiento. Si se utilizan datos administrativos, debe prestarse atención a los servicios de salud que pueden quedar excluidos, como los centros privados, así como a la fuente de los datos de población.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo. Puede plantearse el desglose por tipo de establecimiento.
Comentarios	Para este indicador, un proveedor de salud incluye a un médico, enfermero, partero, trabajador de salud comunitario o farmacéutico. No se incluyen sanadores tradicionales ni herbolarios. El servicio de salud puede ser proporcionado en un establecimiento de salud que esté independiente o integrado dentro de un entorno escolar (por ejemplo, clínica de salud escolar) y el establecimiento puede estar en cualquier sector de salud (público, privado, otro). Al utilizar datos administrativos, puede ser necesario obtener datos de sectores distintos al de la salud para reflejar la variedad de tipos de instalaciones y sectores donde ocurren las visitas de los adolescentes, por ejemplo, a través del sector educativo. Siempre que se combinen datos de múltiples fuentes, se debe tener cuidado para evitar el doble conteo. En *la guía para la aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)* se incluye más información sobre la prestación de servicios de salud a los adolescentes.[c]	

[a] Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/183935, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 2007. Oficina Regional para Europa; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/352485, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

Cobertura de la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de la población de interés cubierta por la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) (última dosis del calendario)
	Nombre abreviado del indicador	Cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
	Definición	Proporción de la población de interés que ha recibido todas las dosis de la vacuna contra el VPH
	Numerador	Número de adolescentes en la población de interés que han recibido todas las dosis de la vacuna contra el VPH
	Denominador	Número total de adolescentes en la población de interés
Justificación	El VPH es una infección de transmisión sexual frecuente que puede provocar cáncer.[a] La inmunización contra las cepas de alto riesgo del VPH puede prevenir la infección y el desarrollo de cánceres relacionados con el VPH.[a] La vacunación es más eficaz cuando se completa antes del inicio de la actividad sexual; por lo tanto, las orientaciones se centran en los adolescentes más jóvenes.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Fuentes de datos alternativas	Encuesta de población
	Método de medición	Si se utilizan fuentes administrativas para calcular este indicador, los países deben informar sobre el estado de vacunación de cada adolescente, de modo que pueda obtenerse la cobertura total de la inmunización para el numerador, y una estimación precisa de la población a partir de otra fuente. En las encuestas, puede preguntarse a los adolescentes que deberían haber recibido la última dosis del calendario si han recibido alguna vacuna contra el VPH y, en caso afirmativo, cuántas dosis han recibido.
	Desglose	Sexo
Comentarios	La OMS recomienda que se vacune a todas las niñas de 9 a 14 años como principal población de interés.[c] De ser posible, la OMS recomienda ampliar la vacunación a poblaciones de interés secundarias, incluidas las mujeres de 15 años o más, los niños, los varones de más edad o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.[c] La población de interés para este indicador debe definirse de acuerdo con el calendario nacional de vacunación de cada país. Las estimaciones de la OMS sobre la cobertura de inmunización contra el VPH pueden consultarse en el tablero de inmunización interactivo.[d] Para obtener orientación sobre la medición de este indicador a partir de los datos de los centros de salud, véase *Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers*.[e]	

[a] Cáncer del cuello uterino. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/275374, consultado el 8 de febrero de 2024).

[c] Vacunas contra el virus de los papilomas humanos: Documento de posición de la OMS (actualización de 2022). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/365350, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] HPV immunization coverage estimates among primary target cohort (9-14 years old girls) (%) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/girls-aged-15-years-old-that-received-the-recommended-doses-of-hpv-vaccine, accessed 3 April 2024).

[e] Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373826, consultado el 2 de febrero de 2024).

Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

Servicios integrales de salud escolar

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de escuelas que ofrecen servicios integrales de salud escolar
	Nombre abreviado del indicador	Servicios integrales de salud escolar
	Definición	Proporción de escuelas que ofrecen servicios integrales de salud escolar, definidos como servicios de salud escolar que abordan al menos cuatro de las siguientes áreas de salud relevantes para su población estudiantil: salud y desarrollo positivos; lesiones no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud oral, nutrición y actividad física; y salud mental, uso de sustancias y autolesiones
	Numerador	Número de escuelas que ofrecen servicios integrales de salud escolar que abordan al menos cuatro de las siguientes áreas de salud: salud y desarrollo positivos; lesiones no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud oral, nutrición y actividad física; y salud mental, uso de sustancias y autolesiones
	Denominador	Número total de escuelas
Justificación	La mayoría de los países cuentan con algún tipo de servicio de salud escolar, pero muchos de los programas no son integrales.[a] A menudo no abarcan la promoción de la salud mental, la prevención del uso de sustancias, la violencia y las lesiones no intencionadas ni el tratamiento de las enfermedades crónicas. Los servicios de salud escolares integrales mejoran la accesibilidad de los servicios de salud para los adolescentes escolarizados al reducir los costes, los problemas de transporte y las barreras derivadas de su ubicación.[b, c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Escuela
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se calcula a partir de los datos recogidos directamente de las escuelas, ya sea mediante un cuestionario o entrevistas con informadores clave, sobre los servicios de salud y nutrición que se prestan en la escuela.
	Desglose	Puede plantearse el desglose por nivel educativo (primaria, primer ciclo de secundaria, segundo ciclo de secundaria).
Comentarios	Los sistemas educativos varían de un país a otro. A partir de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE)[d] es posible elaborar estimaciones comparables a escala internacional por nivel educativo. En las *Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar*[b] se incluye más información relativa a este indicador.	

[a] Aprender y prosperar: Qué debe saber sobre el reciente informe mundial sobre salud y nutrición escolares. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2023 (https://www.unesco.org/en/articles/ready-learn-and-thrive-what-you-need-know-about-global-report-school-health-and-nutrition, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/341910, consultado el 8 de febrero de 2024).

[c] Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (traducción de la OPS al español); 2021 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/55711, consultado el 8 de febrero de 2024).

[d] International Standard Classification of Education (ISCED) [sitio web]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2024 (https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced, consultado el 2 de febrero de 2024).

Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones

Escuelas que ofrecen educación sobre el VIH y la sexualidad

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de escuelas que ofrecen educación sexual y sobre el VIH basada en la preparación para la vida activa
	Nombre abreviado del indicador	Escuelas que ofrecen educación sobre el VIH y la sexualidad
	Definición	Proporción de escuelas que ofrecen educación sexual y sobre el VIH basada en la preparación para la vida (es decir, educación sobre aptitudes para la vida, salud sexual y reproductiva, sexualidad, y transmisión y prevención del VIH) dentro del plan de estudios oficial o como actividades extraescolares
	Numerador	*Censo escolar anual:* número de escuelas que imparten las tres materias siguientes dentro del plan de estudios oficial o como actividades extraescolares: aptitudes genéricas para la vida (por ejemplo, la toma de decisiones, la comunicación, la capacidad de decir no/consentimiento), educación sobre salud sexual y reproductiva y sexualidad (por ejemplo, lecciones sobre el crecimiento y el desarrollo humano, la vida familiar, la salud reproductiva, los anticonceptivos, el abuso sexual y las infecciones de transmisión sexual (ITS)) y transmisión y prevención del VIH *Encuesta Mundial sobre Políticas y Prácticas de Salud Escolar (G-SHPPS)*[a]: Número de escuelas que imparten educación sobre salud sexual y reproductiva y la transmisión, la prevención y el tratamiento del VIH y al menos uno de estos tres temas: comunicación interpersonal, toma de decisiones, resolución de problemas, establecimiento de objetivos, capacidad de decir no/consentimiento, afrontamiento o gestión del estrés
	Denominador	Número total de escuelas
Justificación	La educación basada en la preparación para la vida activa sobre el VIH, las ITS y el embarazo puede ayudarles a tomar decisiones saludables sobre sus relaciones y su comportamiento sexual.[b] Puede tener un efecto positivo en su salud sexual, como retrasar el inicio de las relaciones sexuales, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso del preservativo.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Escuela
	Fuente de datos preferida	Encuesta sobre políticas
	Fuentes de datos alternativas	Censo escolar anual
	Método de medición	Este indicador se basa en la información facilitada por la dirección de los centros educativos a través de encuestas o censos escolares anuales. Independientemente de la fuente de datos, los centros escolares deben informar de si durante el curso académico anterior o el actual se trataron los tres temas siguientes: aptitudes genéricas para la vida, salud sexual y reproductiva/educación sobre sexualidad, y transmisión y prevención del VIH.
	Desglose	Nivel educativo (primaria, primer ciclo de secundaria, segundo ciclo de secundaria)
Comentarios	Los sistemas educativos varían de un país a otro. A partir de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE)[c] es posible elaborar estimaciones comparables a escala internacional por nivel educativo. Puede obtenerse más información en los metadatos del indicador temático 4.7.2[d] de los ODS y en las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*.[e]	

[a] Global school health policies and practices survey. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-health-policies-and-practices-survey, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Measuring the education sector response to HIV and AIDS: guidelines for the construction and use of core indicators. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2013 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000223028, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] International Standard Classification of Education (ISCED) [sitio web]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2024 (https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] SDG 4 Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2021 (https://tcg.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/4/2021/09/Metadata-4.7.2.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

[e] Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2018 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770, consultado el 2 de febrero de 2024).

3.3 Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Proporción de población adolescente

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes en la población total
	Nombre abreviado del indicador	Proporción de población adolescente
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) en la población total del país
	Numerador	Número total de adolescentes (10-19 años) en el país
	Denominador	Población total de ese mismo país
Justificación	Saber cuál es la proporción de adolescentes en el país facilita la determinación de las prioridades de los recursos de salud y su asignación adecuada para satisfacer las necesidades de salud de la población adolescente. La población adolescente total, que constituye el numerador para calcular la proporción de población adolescente, también es un dato útil en el cálculo de los indicadores en los que se requiere el tamaño de la población, por ejemplo, la tasa de mortalidad de adolescentes (ya sea por todas las causas o por causas específicas).[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Registros de población
	Fuentes de datos alternativas	Encuesta de población; censo
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre el conjunto de la población del país por edades. Los países que disponen de un registro de población recogen estos datos de forma ininterrumpida. Si se utilizan las encuestas o los censos, estos datos pueden extraerse de una pregunta directa sobre la edad, de una pregunta sobre la fecha de nacimiento o de una combinación de ambas, lo que permite una verificación cruzada.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Las estimaciones y proyecciones de población oficiales de las Naciones Unidas a nivel de país y de región están disponibles en las estimaciones y proyecciones de población en World Population Prospects.[b]	

[a] Azzopardi P, Kennedy E, Patton G. Data and indicators to measure adolescent health, social development and well-being. Innocenti Research Brief, no. 2017-04. - Innocenti, Florencia: Oficina de Investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2017 (https://www.unicef-irc.org/publications/876-data-and-indicators-to-measure-adolescent-health-social-development-and-well-being.html, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] World population prospects 2022. Nueva York: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2022 (https://population.un.org/wpp, consultado el 2 de febrero de 2024).

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Finalización de los estudios

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes y jóvenes que han completado la educación primaria, el primer ciclo de educación secundaria y el segundo ciclo de educación secundaria
	Nombre abreviado del indicador	Finalización de los estudios
	Definición	Proporción de adolescentes y jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista de finalización del último curso de cada nivel educativo que han completado ese curso
	Numerador	Número de adolescentes y jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista de finalización del último curso de cada nivel educativo que han completado ese curso
	Denominador	Número total de adolescentes y jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista de finalización del último curso de cada nivel educativo
Justificación	Se ha demostrado que un nivel educativo superior está asociado a un mayor desarrollo cognitivo, una mejor salud mental y un menor riesgo de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre el nivel más alto de educación o el curso completado. A continuación, el indicador puede calcularse según el sistema educativo nacional o, para la comparabilidad internacional, según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE).[b]
	Desglose	Nivel educativo (primaria, primer ciclo de secundaria, segundo ciclo de secundaria); sexo
Comentarios	La población de interés para este indicador se determina en función del nivel de escolarización e incluye tanto a los adolescentes como a los jóvenes para tener en cuenta a aquellos que terminan la escolarización después de la edad prevista para cada nivel. Los metadatos del indicador de los ODS definen la edad prevista para el último curso de cada nivel educativo como «la edad a la que los alumnos entrarían en el curso si hubieran empezado la escuela a la edad oficial de acceso a la educación primaria, hubieran estudiado a tiempo completo y hubieran progresado sin repetir ni saltarse ningún curso». Puede obtenerse más información sobre este indicador en los metadatos de los indicadores del ODS 4 (indicador 4.1.2).[c]	

[a] Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387:2423–78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.

[b] International Standard Classification of Education (ISCED) [sitio web]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2024 (https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] SDG indicator metadata (Indicator 4.1.2). Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-04-01-02.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Competencias básicas de aprendizaje

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes y jóvenes que, al finalizar la enseñanza primaria y el primer ciclo de la enseñanza secundaria, alcanzan al menos un nivel mínimo de competencia en: i) lectura y ii) matemáticas
	Nombre abreviado del indicador	Competencias básicas de aprendizaje
	Definición	Proporción de adolescentes y jóvenes que, al finalizar la enseñanza primaria y el primer ciclo de la enseñanza secundaria, alcanzan al menos un nivel mínimo de competencia en: i) lectura y ii) matemáticas
	Numerador	Número de adolescentes y jóvenes que, al finalizar la enseñanza primaria y el primer ciclo de la enseñanza secundaria, alcanzan al menos un nivel mínimo de competencia en: i) lectura y ii) matemáticas
	Denominador	Número total de adolescentes y jóvenes al final de la enseñanza primaria y al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria
Justificación	Las competencias básicas de aprendizaje están asociadas a una mejor situación económica, a conocimientos y comportamientos más saludables, a vivir en barrios más sanos y a otros beneficios sociales y psicológicos, mientras que un bajo nivel de alfabetización se asocia a peores resultados de salud.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario evaluar directamente las competencias en lectura y matemáticas. A continuación, los resultados individuales deben compararse con los niveles mínimos de competencia generales establecidos para cada asignatura y nivel de escolarización.
	Desglose	Nivel educativo (fin del ciclo primario, fin del primer ciclo secundario); materia (lectura, matemáticas); sexo
Comentarios	Si la evaluación de los resultados del aprendizaje se realiza dentro del sistema escolar, como suele ser habitual, los adolescentes no escolarizados quedarán excluidos del cálculo de este indicador. Puede obtenerse más información sobre este indicador en los metadatos de los indicadores de los ODS (indicador 4.1.1).[b]	

[a] DeWalt DA, Pignone MP. Reading is fundamental: the relationship between literacy and health. Archives of Internal Medicine. 2005;165(165):1943–4. doi:10.1001/archinte.165.17.1943.

[b] SDG indicator metadata (Indicator 4.1.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-04-01-01.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Pobreza

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que viven por debajo del umbral de la pobreza
	Nombre abreviado del indicador	Pobreza
	Definición	Proporción de adolescentes (de 10 a 19 años) que viven en hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza establecido a nivel nacional *Alternativa: Proporción de adolescentes (10-19 años) que viven en hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza internacional*
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que han respondido y viven en hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza establecido a nivel nacional *Alternativa: Número de adolescentes (10-19 años) que han respondido y viven en hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza internacional*
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La pobreza influye de forma significativa en la carga mundial de morbilidad.[a] Los adolescentes que viven por debajo del umbral de pobreza tienen más probabilidades de sufrir efectos negativos en su salud, como inseguridad alimentaria y mala salud mental.[b] Si se utiliza el umbral de pobreza nacional, se obtiene una medida de la pobreza más coherente con las circunstancias específicas de cada país y, probablemente, más informativa para la programación específica de cada país.[c] La alternativa, el uso de un umbral de pobreza internacional (como 2,15 dólares por persona y día en paridad de poder adquisitivo (PPA) de 2017)[d], puede aportar la ventaja adicional de la comparabilidad entre países.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Hogares
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre la renta (o el consumo) de los hogares y de un umbral nacional de pobreza. Los umbrales de pobreza suelen expresarse en términos per cápita o de equivalencia de adultos, y debe realizarse el ajuste adecuado en función de los ingresos (o el consumo) de los hogares. En caso de que no se haya establecido un umbral de pobreza nacional, puede utilizarse el umbral de pobreza internacional.[e] A continuación, los datos de los hogares se comparan con el umbral de pobreza respectivo para determinar la situación de pobreza de los hogares. Se requieren cálculos adicionales para determinar la proporción de adolescentes que viven en hogares por debajo del respectivo umbral de pobreza.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Puede obtenerse más información sobre los indicadores de los ODS en los que se basa este indicador en los metadatos de los indicadores de los ODS 1.2.1 (umbral nacional de pobreza)[c] y 1.1.1 (umbral internacional de pobreza)[f], en los que se evalúa la pobreza en el conjunto de la población. Puede obtenerse más información sobre la medición de la pobreza en edades más tempranas en la nota informativa n.º 2 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Pobreza infantil.[g]	

[a] Coates MM, Ezzati M, Robles Aguilar G, Kwan GF, Vigo D, Mocumbi AO et al. Burden of disease among the world's poorest billion people: an expert-informed secondary analysis of Global Burden of Disease estimates. PLoS One. 2021;16(8):e0253073. doi:10.1371/journal.pone.0253073.

[b] Díaz Y, Hessel P, Avendano M, Evans-Lacko S. Multidimensional poverty and adolescent mental health: unpacking the relationship. Social Science & Medicine. 2022;311:115324. doi:10.1016/j.socscimed.2022.115324.

[c] SDG indicator metadata (Indicator 1.2.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2023 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-02-01.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Fact sheet: An adjustment to global poverty lines. Washington, DC: The World Bank Group; 2022 (https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2022/05/02/fact-sheet-an-adjustment-to-global-poverty-lines, accessed 2 February 2024).

[e] Poverty and inequality platform [tablero de mandos]. Washington, DC: Grupo Banco Mundial; 2024 (https://pip.worldbank.org/home, consultado el 8 de febrero de 2024.)

[f] SDG Indicator metadata (Indicator 1.1.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2023 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01b.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

[g] Using data to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) for children [base de datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)]. Nueva York: UNICEF; 2023 (https://data.unicef.org/sdgs, consultado el 2 de febrero de 2024).

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Inseguridad alimentaria

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que pasaron hambre la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 30 días porque no había suficiente comida en su hogar
	Nombre abreviado del indicador	Inseguridad alimentaria
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que pasaron hambre la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 30 días porque no había suficiente comida en su hogar
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que declararon haber pasado hambre la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La inseguridad alimentaria durante la adolescencia se asocia con diversas deficiencias nutricionales y efectos negativos en la salud, el crecimiento y el desarrollo.[a] Se considera más adecuado utilizar la notificación directa de la inseguridad alimentaria para medir la situación de un subgrupo de población específico, como los adolescentes, que la medición en los hogares, puesto que cabe la posibilidad de que no se tenga en cuenta que cada miembro del hogar experimenta la inseguridad alimentaria de forma diferente.[b] También se ha demostrado que la inseguridad alimentaria afecta negativamente a la salud mental del adolescente en general.[c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en las declaraciones de las personas encuestadas que afirman haber pasado hambre, concretamente debido a un suministro inadecuado de alimentos en el hogar, durante los 30 días anteriores a la recogida de datos.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	No hay más comentarios.	

[a] Dush JL. Adolescent food insecurity: a review of contextual and behavioral factors. Public Health Nurs. 2020;37(37):327–38. doi:10.1111/phn.12708.

[b] Fram MS, Nguyen HT, Frongillo EA. Food insecurity among adolescent students from 95 countries is associated with diet, behavior, and health, and associations differ by student age and sex. Current Developments in Nutrition. 2022;6(3):nzac024. doi:10.1093/cdn/nzac024.

[c] Elgar FJ, Sen A, Gariépy G, Pickett W, Davison C, Georgiades K et al. Food insecurity, state fragility and youth mental health: a global perspective. SSM – Population Health. 2021;14:100764. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100764.

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mayores

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que toma sus propias decisiones fundamentadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.
	Nombre abreviado del indicador	Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mayores
	Definición	Proporción de mujeres adolescentes mayores (15-19 años), casadas o en pareja, que toman sus propias decisiones en los tres aspectos seleccionados, es decir, que pueden negarse a mantener relaciones sexuales con su marido o pareja si así lo desean; deciden sobre el uso de anticonceptivos; y deciden sobre su propia atención de salud
	Numerador	Número total de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que están casadas o en pareja: • que pueden negarse a mantener relaciones sexuales; y • que no dependen principalmente de su marido o pareja u otra persona en las decisiones sobre el uso de anticonceptivos; y • que no dependen principalmente de su marido o pareja u otra persona en las decisiones sobre su propia atención de la salud
	Denominador	Número total de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que están casadas o en pareja
Justificación	Este indicador refleja la autonomía en materia de salud sexual y reproductiva de las adolescentes mayores casadas o en pareja. Ser capaz de tomar sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva en lugar de estar bajo la influencia de su pareja o su familia política puede constituir una muestra del empoderamiento de la adolescente mayor. También puede ser indicativo del marco jurídico del país en relación con el empoderamiento de la mujer y la niña.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en tres preguntas distintas formuladas a las encuestadas casadas o en pareja: 1. ¿La encuestada puede decir que no a su marido/pareja si no quiere mantener relaciones sexuales? 2. ¿Quién suele tomar la decisión de utilizar métodos anticonceptivos? 3. ¿Quién suele tomar la decisión sobre la atención de salud de la persona encuestada? En el caso de las dos últimas preguntas, la encuestada se cuenta en el numerador si toma la decisión sola o conjuntamente con su marido o pareja.
	Desglose	No se recomienda ningún desglose estándar.
Comentarios	Cuando proceda, los países pueden optar por notificar también por separado cada una de las preguntas relativas al empoderamiento. Puede obtenerse más información sobre este indicador en los metadatos de los indicadores de los ODS (indicador 5.6.1).[b]	

[a] Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020 (https://www.unfpa.org/sdg-5-6, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] SDG indicator metadata (Indicator 5.6.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-06-01.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud

Adolescentes del que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes mayores que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación
	Nombre abreviado del indicador	Adolescentes que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación
	Definición	Proporción de adolescentes mayores (15-19 años) que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación
	Numerador	Número de adolescentes mayores (15-19 años) que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación
	Denominador	Número total de adolescentes mayores (15-19 años)
Justificación	Los adolescentes mayores que no estudian, trabajan ni reciben formación son una población vulnerable asociada a una mayor probabilidad de tener peor salud, fumar y ser excluidos del mercado laboral.[a, b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre la participación del adolescente en la educación formal o no formal, su situación laboral y su incorporación a la formación profesional/técnica. Se considera que los adolescentes que no participan en ninguna de estas actividades no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación.
	Desglose	Sexo
Comentarios	Este indicador es un desglose específico por edad de los adolescentes del indicador 8.6.1 de los ODS, cuya población de interés también incluye las edades comprendidas entre los 20 y los 24 años,[c] y debe interpretarse junto con otros indicadores relativos a la educación. Los sistemas educativos varían de un país a otro, al igual que las definiciones de empleo y de formación profesional y técnica. Para calcular este indicador de forma coherente en el tiempo y en los países es necesario atenerse a definiciones normalizadas. Los metadatos de los indicadores de los ODS contienen las definiciones de educación de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE),[d] así como definiciones de empleo y formación que pueden utilizarse en distintos contextos nacionales.[c]	

[a] Chandler RF, Santos Lozada AR. Health status among NEET adolescents and young adults in the United States, 2016–2018. SSM – Population Health. 2021;14:100814. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100814.

[b] Informe mundial de 2015 sobre el trabajo infantil: Allanar el camino hacia el trabajo decente para los jóvenes. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2015 (https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_358969/lang--en/index.htm, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] SDG indicator metadata (Indicator 8.6.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2023 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-08-06-01.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] International Standard Classification of Education (ISCED) [sitio web]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2024 (https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced, consultado el 2 de febrero de 2024).

3.4 Comportamientos y riesgos en materia de salud

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Sobrepeso y obesidad

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Sobrepeso y obesidad
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) con un índice de masa corporal (IMC) de ≥ 1 desviación estándar (DE) (sobrepeso) y ≥ 2 DE de la mediana del IMC (obesidad) según los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo respectivos
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) con un IMC de ≥ 1 DE (sobrepeso) y ≥ 2 DE de la mediana del IMC (obesidad) según los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo respectivos
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de diversas enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, la diabetes, los trastornos musculoesqueléticos y algunos tipos de cáncer.[a] Los adolescentes con sobrepeso tienen más probabilidades de sufrir obesidad, discapacidad y muerte prematura en la edad adulta.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre la estatura y el peso, junto con la edad y el sexo de las personas correspondientes. El IMC se calcula en función de la estatura y el peso de cada persona y se compara con los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo.[c]
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; estado de peso (sobrepeso, obesidad)
Comentarios	El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado (kg/m^2). Para obtener datos antropométricos válidos a nivel de población, es necesario contar con personal especialmente formado que utilice equipos y métodos normalizados. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han elaborado recomendaciones detalladas para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre los datos antropométricos de los niños menores de 5 años y la mayor parte de ellas pueden aplicarse a cualquier grupo de edad.[d] Puede obtenerse más información sobre los valores de corte del IMC en función del peso en los patrones de referencia de crecimiento de la OMS.[d]	

[a] Lister NB, Baur LA, Felix JF, Hill AJ, Marcus C, Reinehr T et al. Child and adolescent obesity. Nat Rev Dis Primers. 2023;9(1):2023. doi:10.1038/s41572-023-00435-4.

[b] Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C et al. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384:766–81. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8.

[c] BMI-for-age (5–19 years). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Recomendaciones para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre indicadores antropométricos en niños menores de 5 años. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/330684, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Delgadez

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de delgadez entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Delgadez
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) con un índice de masa corporal (IMC) ≤ –2 desviaciones estandar (DEs) de la mediana del IMC según los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo respectivos
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) con un IMC de ≤ –2 DEs de la mediana del IMC según los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo respectivos
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La delgadez puede tener diversas consecuencias para la salud de los adolescentes, por ejemplo, en el crecimiento musculoesquelético, el inicio de la pubertad, la inmunidad y el desarrollo neurológico.[a] Si bien la delgadez puede atribuirse a menudo a factores socioeconómicos, también puede deberse a trastornos psicológicos, como la anorexia nerviosa, que pueden repercutir negativamente en la salud mental y física y provocar una mortalidad prematura.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre la estatura y el peso, junto con la edad y el sexo de las personas correspondientes. El IMC se calcula en función de la estatura y el peso de cada persona y se compara con los patrones de referencia de crecimiento de la OMS para su edad y sexo.[c]
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo.
Comentarios	El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado (kg/m^2). Además de las ≤ –2 DE establecidas como valores de corte de este indicador, existen otros umbrales para evaluar el estado nutricional de los adolescentes. Por ejemplo, se considera delgadez grave un valor ≤ –3 DE de la mediana del IMC.[d] Para obtener datos antropométricos válidos a nivel de población, es necesario contar con personal especialmente formado que utilice equipos y métodos normalizados. La OMS y UNICEF han elaborado recomendaciones detalladas para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre los datos antropométricos de los niños menores de 5 años, y la mayor parte de ellas pueden aplicarse a cualquier grupo de edad.[d]	

[a] Norris SA, Frongillo EA, Black MM, Dong Y, Fall C, Lampl M et al. Nutrition in adolescent growth and development. Lancet. 2022;399(399):172–84. doi:10.1016/S0140-6736(21)01590-7.

[b] Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. Br J Hosp Med (Lond). 2020;81(81):1–8. doi:10.12968/hmed.2020.0099.

[c] BMI-for-age (5–19 years). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Recomendaciones para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre indicadores antropométricos en niños menores de 5 años. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/330684, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Consumo de frutas y hortalizas

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que consumieron al menos cinco raciones de fruta y hortalizas al día durante los últimos 7 días.
	Nombre abreviado del indicador	Consumo de frutas y hortalizas
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que consumieron al menos cinco raciones de fruta y hortalizas al día durante los últimos 7 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que consumieron al menos cinco raciones de fruta y hortalizas al día durante los últimos 7 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Es imprescindible alimentarse adecuadamente para crecer de forma sana durante la adolescencia.[a] Una dieta equilibrada con un consumo suficiente de frutas y hortalizas favorece la inmunidad y la capacidad de atención, así como la ingesta de los minerales, las vitaminas y la fibra alimentaria necesarios. Además, el consumo adecuado de frutas y hortalizas puede reducir el riesgo de malnutrición, síndrome metabólico y otras enfermedades no transmisibles.[b, c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre el consumo reciente de frutas y hortalizas, que suelen obtenerse a través de las respuestas de las personas encuestadas. Se recomienda medir por separado el consumo de frutas y de hortalizas, mediante preguntas con ejemplos sobre la cantidad consumida de cada una de ellas y, a continuación, combinar los resultados para calcular este indicador.
	Desglose	Grupo de edad (10 14, 15 19 años); sexo
Comentarios	La OMS recomienda consumir al menos 5 raciones (es decir, 400 gramos) de frutas y hortalizas al día.[d] El consumo de frutas y hortalizas depende en gran medida del entorno local; los ejemplos específicos de cada país deben elaborarse con expertos locales en nutrición.	

[a] Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. Ann N Y Acad Sci. 2017;1393(1393):21–33. doi:10.1111/nyas.13330.

[b] Tian Y, Su L, Wang J, Duan X, Jiang X. Fruit and vegetable consumption and risk of the metabolic syndrome: a meta-analysis. Public Health Nutr. 2018;21(21):756–65. doi:10.1017/S136898001700310X.

[c] Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A, Ahluwalia N et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. Eur J Public Health. 2015;25(supl2):16–9. doi:10.1093/eurpub/ckv012.

[d] Carbohydrate intake for adults and children: WHO guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/370420, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Consumo de bebidas azucaradas

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que tomaron bebidas azucaradas una o más veces al día durante los últimos 7 días
	Nombre abreviado del indicador	Consumo de bebidas azucaradas
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que tomaron bebidas azucaradas una o más veces al día durante los últimos 7 días
	Numerador	Número de adolescentes (de (10 a 19 años) que tomaron bebidas azucaradas una o más veces al día durante los últimos 7 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	El consumo frecuente de bebidas azucaradas en la adolescencia se asocia a una alimentación de mala calidad, obesidad, caries dental y trastornos metabólicos.[a, b] Se ha constatado que, a nivel mundial, los adolescentes son grandes consumidores de bebidas azucaradas.[c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre el consumo de bebidas azucaradas durante los últimos 7 días. Los métodos actuales se centran únicamente en los tipos de bebidas específicos que los adolescentes afirman consumir, como los refrescos con gas, lo que puede reflejar solo en parte el consumo de una categoría más amplia de bebidas azucaradas. Debería realizarse una labor metodológica adicional para estudiar enfoques que abarquen el consumo de toda la gama de bebidas azucaradas.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Se entiende por «bebidas azucaradas» todo tipo de bebidas no alcohólicas que contengan azúcares libres, incluidos los refrescos con y sin gas, los zumos y bebidas de frutas y hortalizas, los néctares, los concentrados líquidos y en polvo, las aguas aromatizadas, las aguas vitaminadas, las bebidas energéticas y deportivas, los tés listos para beber, los cafés listos para beber, las leches aromatizadas y las bebidas a base de leche, así como los sustitutos lácteos de origen vegetal.[d] Si bien todavía no existe ninguna directriz específica relativa a las bebidas azucaradas, la OMS recomienda que los azúcares libres no representen más del 10% de la ingesta energética diaria.[e]	

[a] Hardy LL, Bell J, Bauman A, Mihrshahi S. Association between adolescents' consumption of total and different types of sugar-sweetened beverages with oral health impacts and weight status. Aust N Z J Public Health. 2018;42(42):22–6. doi:10.1111/1753-6405.12749.

[b] Bleich SN; Vercammen KA. The negative impact of sugar-sweetened beverages on children's health: an update of the literature. BMC Obesity. 2018;5(6):2018. doi:10.1186/s40608-017-0178-9.

[c] Rosinger A, Herrick K, Gahche J, Park S. Sugar-sweetened beverage consumption among US youth, 2011–2014. NCHS Data Brief. 2017;271(271):8–2017.

[d] Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/355965, consultado el 8 de febrero de 2024).

[e] Régimen alimentario, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta FAO/OMS de expertos, Ginebra, 28 de enero – 1 de febrero de 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (https://iris.who.int/handle/10665/42665, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Actividad física

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que acumularon un promedio de al menos 60 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad entre moderada e intensa en los últimos 7 días
	Nombre abreviado del indicador	Actividad física
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que acumularon un promedio de al menos 60 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad entre moderada e intensa en los últimos 7 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que acumularon un promedio de al menos 60 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad entre moderada e intensa en los últimos 7 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La actividad física se asocia a diversos beneficios para la salud de los adolescentes, como la mejora de la forma física, la salud cardiometabólica, la salud ósea, los resultados cognitivos y la salud mental.[a] No obstante, la mayoría de los adolescentes no realizan una actividad física adecuada, especialmente las adolescentes, lo que dificulta la consecución del objetivo de reducción relativa del 15 % de la prevalencia mundial de inactividad física para 2030, tal y como se recoge en el Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030.[b,c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de información sobre la actividad física acumulada de intensidad entre moderada e intensa durante el periodo de referencia. Estos datos pueden obtenerse mediante mediciones basadas en dispositivos (por ejemplo, a través de acelerómetros/sensores de movimiento) o mediante las respuestas de los encuestados, que pueden apoyarse con el uso de tarjetas con ejemplos de distintos tipos de actividades físicas en función del país.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	En las Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios se ofrece información más detallada sobre la actividad física recomendada.[a]	

[a] Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/336656, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(4):23–35. doi:10.1016/S2352-4642(19)30323-2.

[c] Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/272722, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de la ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol en los últimos 30 días entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que ingirieron al menos seis bebidas alcohólicas uno o más días durante los últimos 30 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que ingirieron al menos seis bebidas alcohólicas uno o más días durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol entre los adolescentes puede tener efectos negativos sobre la atención, la memoria y el desarrollo del sistema nervioso central, y se ha asociado a un mayor riesgo de violencia (como víctima y como agresor), lesiones y muerte prematura.[a, b, c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en la ingesta de bebidas alcohólicas durante los 30 días anteriores a la encuesta según las declaraciones de las personas encuestadas. Las preguntas sobre el consumo de alcohol pueden incluir ejemplos de bebidas alcohólicas y lo que constituye una unidad en cada caso (por ejemplo, un botellín de cerveza o un trago de licor destilado). A las personas encuestadas que declaren haber ingerido al menos una bebida alcohólica durante los 30 días anteriores a la encuesta se les puede preguntar el número máximo de bebidas que tomaron en un solo día. Se recomienda que, en la recopilación de datos para este indicador, se obtenga el número exacto de bebidas consumidas para poder considerar umbrales alternativos cuando sea pertinente.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Una unidad de bebida estándar suele ser una copa de vino, un botellín de cerveza, una copita de licor destilado o una bebida combinada. En este indicador se utiliza el mismo umbral de seis bebidas alcohólicas para todos los adolescentes, independientemente del sexo, la edad u otra característica. Pueden consultarse las orientaciones sobre la medición de las unidades de bebida alcohólica estándar en *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*.[d]	

[a] White A, Hingson R. The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Res. 2014;35(2):201–18 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908712/, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Feldstein Ewing SW, Sakhardande A, Blakemore S-J. The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: a systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. Neuroimage Clin. 2014;5:420–37. doi:10.1016/j.nicl.2014.06.011.

[c] Jones RM, Van Den Bree M, Zammit S, Taylor PJ. Change in the relationship between drinking alcohol and risk of violence among adolescents and young adults: a nationally representative longitudinal study. Alcohol and Alcoholism. 2020;55(55):439–47. doi:10.1093/alcalc/agaa020.

[d] Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001 (https://iris.who.int/handle/10665/67210, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Ingesta de alcohol

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de la ingesta de alcohol en los últimos 30 días entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Ingesta de alcohol
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que ingirieron al menos una bebida alcohólica durante los últimos 30 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que ingirieron al menos una bebida alcohólica durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La ingesta de alcohol entre los adolescentes puede tener efectos negativos sobre la atención, la memoria y el desarrollo del sistema nervioso central, y se ha asociado a un mayor riesgo de violencia, lesiones y muerte prematura.[a, b] El inicio precoz en la ingesta de alcohol se ha relacionado con la ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol y uso nocivo del alcohol en la edad adulta.[c, d]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en la ingesta de bebidas alcohólicas durante los 30 días anteriores a la encuesta según las declaraciones de las personas encuestadas. Las preguntas sobre el consumo de alcohol pueden incluir ejemplos de bebidas alcohólicas y lo que constituye una unidad en cada caso (por ejemplo, un botellín de cerveza o un trago de licor destilado).
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Una unidad de bebida estándar suele ser una copa de vino, un botellín de cerveza, una copita de licor destilado o una bebida combinada. Pueden consultarse las orientaciones sobre la medición de las unidades de bebida alcohólica estándar en *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*.[e]	

[a] White A, Hingson R. The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Res. 2014;35(2):201–18 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908712/, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Feldstein Ewing SW, Sakhardande A, Blakemore S-J. The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: a systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. Neuroimage Clin. 2014;5:420–37. doi:10.1016/j.nicl.2014.06.011.

[c] Conegundes LSO, Valente JY, Martins CB, Andreoni S, Sanchez ZM. Binge drinking and frequent or heavy drinking among adolescents: prevalence and associated factors. J Pediatr (Rio J). 2020;96(96):193–201. doi:10.1016/j.jped.2018.08.005.

[d] Jones RM, Van Den Bree M, Zammit S, Taylor PJ. Change in the relationship between drinking alcohol and risk of violence among adolescents and young adults: a nationally representative longitudinal study. Alcohol and Alcoholism. 2020;55(55):439–47. doi:10.1093/alcalc/agaa020.

[e] Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001 (https://iris.who.int/handle/10665/67210, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Consumo de tabaco

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Consumo de tabaco
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que consumieron tabaco uno o más días durante los últimos 30 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que consumieron tabaco uno o más días durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	El consumo de productos del tabaco, tanto fumados como sin humo, está asociado con un aumento de la mortalidad y la morbilidad, incluidos el asma, la bronquitis y otras afecciones pulmonares.[a] Además, el inicio del tabaquismo durante la adolescencia se asocia con el consumo habitual de tabaco en la edad adulta.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en el consumo de productos del tabaco, tanto fumados como no fumados, declarado por los propios encuestados. Para estimular el recuerdo, se puede preguntar individualmente por los tipos específicos de tabaco fumado y sin humo, incluidos ejemplos específicos en función del país.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; tipo de tabaco consumido (es decir, cigarrillos, otro tabaco para fumar, tabaco sin humo)
Comentarios	El tabaquismo incluye el consumo de cigarrillos, otros productos de tabaco para fumar y productos de tabaco sin humo, e incluye tanto el consumo diario como el esporádico.[c] Por el momento, no se incluye en la definición el uso de cigarrillos electrónicos.	

[a] Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;389:1885–906. doi:10.1016/S0140-6736(17)30819-X.

[b] Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(386):2287–323. doi:10.1016/S0140-6736(15)00128-2.

[c] WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/330221, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Consumo de cigarrillos electrónicos

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Consumo de cigarrillos electrónicos
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que consumieron cigarrillos electrónicos uno o más días durante los últimos 30 días
	Numerador	Número de adolescentes (de (10 a 19 años) que consumieron cigarrillos electrónicos uno o más días durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Los cigarrillos electrónicos no siempre contienen nicotina (pero sí tabaco) y suelen incluir aditivos, aromas y sustancias químicas con posibles efectos tóxicos para la salud.[a] El uso de cigarrillos electrónicos con nicotina durante la adolescencia se asocia a dependencia de la nicotina, afecciones respiratorias, mala salud bucodental y efectos negativos en la salud mental. Su consumo también puede estar relacionado con el consumo de tabaco en la edad adulta.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en el uso de cigarrillos electrónicos que declaran las personas encuestadas. Dado que los cigarrillos electrónicos se conocen por distintos nombres y están disponibles en diferentes formatos, las preguntas deben comenzar con una descripción adaptada específicamente a cada país y en su redacción debe utilizarse la terminología local.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	En el informe *WHO report on the global tobacco epidemic* de 2019 se incluye más información sobre los cigarrillos electrónicos.[a]	

[a] WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/326043, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Livingston JA, Chen C-H, Kwon M, Park E. Physical and mental health outcomes associated with adolescent e-cigarette use. J Pediatr Nurs. 2022;64:1–17. doi:10.1016/j.pedn.2022.01.006.

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Consumo de cannabis

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Consumo de cannabis
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que consumieron cannabis en los últimos 30 días
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que consumieron cannabis uno o más días durante los últimos 30 días
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	El cannabis es la sustancia psicoactiva que más consumen los adolescentes.[a] Su consumo durante la adolescencia se ha relacionado con trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad,[b] y con una mayor probabilidad de consumo de sustancias nocivas.[c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en el consumo de cannabis durante los 30 días anteriores a la encuesta según las declaraciones de las personas encuestadas. Toda pregunta sobre el consumo de cannabis debe incluir los términos que se utilizan habitualmente en el país, incluidas expresiones en argot.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Existe un riesgo de que no se notifiquen todos los casos, sobre todo en contextos en los que el cannabis es ilegal y/o existe un estigma en torno a su consumo.	

[a] Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2011. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2012 (http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED529133.pdf, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Hengartner MP, Angst J, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Cannabis use during adolescence and the occurrence of depression, suicidality and anxiety disorder across adulthood: findings from a longitudinal cohort study over 30 years. J Affect Disord. 2020;272:98–103. doi:10.1016/j.jad.2020.03.126.

[c] Taylor M, Collin SM, Munafò MR, MacLeod J, Hickman M, Heron J. Patterns of cannabis use during adolescence and their association with harmful substance use behaviour: findings from a UK birth cohort. J Epidemiol Community Health. 2017;71(71):764–70. doi:10.1136/jech-2016-208503.

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Primera relación sexual antes de los 15 años

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años
	Nombre abreviado del indicador	Primera relación sexual antes de los 15 años
	Definición	Proporción de adolescentes mayores (15-19 años) que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años
	Numerador	Número de adolescentes mayores (15-19 años) que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años
	Denominador	Número total de adolescentes mayores (15-19 años)
Justificación	El inicio precoz de la actividad sexual se asocia a un mayor riesgo de ITS y embarazos no deseados.[a] Se ha observado que los adolescentes no suelen utilizar anticonceptivos.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre la edad de la primera relación sexual y, para obtener esos datos, es necesario establecer si la persona encuestada ha mantenido relaciones sexuales. En caso afirmativo, debe preguntarse a las personas encuestadas a qué edad mantuvieron su primera relación sexual.
	Desglose	Sexo
Comentarios	Las estimaciones pueden estar sesgadas si la población tiende a exagerar las actividades sexuales, por exceso o por defecto.	

[a] Magnusson BM, Crandall A, Evans K. Early sexual debut and risky sex in young adults: the role of low self-control. BMC Public Health. 2019;19(1):2019. doi:10.1186/s12889-019-7734-9.

[b] Kalamar AM, Tunçalp Ö, Hindin MJ. Developing strategies to address contraceptive needs of adolescents: exploring patterns of use among sexually active adolescents in 46 low- and middle-income countries. Contraception. 2018;98(98):36–40. doi:10.1016/j.contraception.2018.03.016.

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Conocimiento de la menstruación antes de la menarquia

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de mujeres adolescentes que tenían conocimiento de la menstruación antes de la menarquia
	Nombre abreviado del indicador	Conocimiento de la menstruación antes de la menarquia
	Definición	Proporción de mujeres adolescentes (10-19 años) menstruantes que tenían conocimiento de la menstruación antes de la menarquia
	Numerador	Número de mujeres adolescentes (10-19 años) menstruantes que tenían conocimiento de la menstruación antes de la primera regla
	Denominador	Número total de mujeres adolescentes (10-19 años) menstruantes
Justificación	El desconocimiento de la menstruación antes de la primera regla puede afectar negativamente a las actitudes de la persona en torno a la menstruación, lo que puede generar una baja autoestima y sentimientos de vergüenza.[a] La menstruación puede afectar a la asistencia a la escuela y a la salud sexual y reproductiva, por lo que es importante que las niñas dispongan de información y se sientan preparadas antes de experimentar la menarquia.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en las adolescentes que declaran tener conocimientos sobre la menstruación antes de tener la primera regla.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años)
Comentarios	Con ello se pretende evaluar el nivel más bajo de conocimientos sobre la menstruación, es decir, si las encuestadas sabían lo que les estaba ocurriendo cuando vieron el sangrado por primera vez o si son conscientes de que es algo que les va a ocurrir. En *Priority list of indicators for girls' menstrual health and hygiene: technical guidance for national monitoring*[c] se encuentra más información sobre este indicador.	

[a] Puberty education & menstrual hygiene management. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2014 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000226792, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Sommer M, Sutherland C, Chandra-Mouli V. Putting menarche and girls into the global population health agenda. Reprod Health. 2015;12(1). doi:10.1186/s12978-015-0009-8.

[c] Priority list of indicators for girls' menstrual health and hygiene: technical guidance for national monitoring. Nueva York: Global MHH Monitoring Group. Universidad de Columbia; 2022 (https://www.publichealth.columbia.edu/file/8002/download?token=AViwoc5e, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Uso de anticonceptivos en la última relación sexual (método moderno)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que utilizaron un anticonceptivo (método moderno) en la última relación sexual
	Nombre abreviado del indicador	Uso de anticonceptivos en la última relación sexual (método moderno)
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que utilizaron un método anticonceptivo moderno la última vez que tuvieron una relación sexual
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que utilizaron un método anticonceptivo moderno la última vez que tuvieron una relación sexual
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) que han tenido relaciones sexuales
Justificación	No utilizar un método anticonceptivo moderno está relacionado con una mayor probabilidad de embarazos no deseados y no utilizar un preservativo está relacionado con una mayor probabilidad de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS).[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	A las personas encuestadas que declaran haber mantenido relaciones sexuales se les pregunta sobre el uso de anticonceptivos en la última relación sexual, concretamente si utilizaron algún método anticonceptivo y, en caso afirmativo, cuál o cuáles.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo. Puede considerarse un desglose adicional por método utilizado y estado civil.
Comentarios	Entre los métodos modernos figuran la esterilización femenina, la esterilización masculina, la píldora anticonceptiva oral, el dispositivo intrauterino, los anticonceptivos inyectables, la implantación contraceptiva subcutánea, el preservativo masculino, el preservativo femenino, el diafragma, las espumas y geles espermicidas, el método de la amenorrea de la lactancia, el método de días fijos y los anticonceptivos de emergencia. Puede encontrarse más información sobre cada uno de los métodos en *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*.[b]	

[a] Contraception: evidence brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/329884, consultado el 8 de febrero de 2024).

[b] Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, edición de 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://fphandbook.org/sites/default/files/JHU-Handbook22_Spanish.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Uso de preservativo en la última relación sexual

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que utilizaron un preservativo masculino en la última relación sexual
	Nombre abreviado del indicador	Uso de preservativo en la última relación sexual
	Definición	Proporción de adolescentes de (10-19 años) que utilizaron un preservativo masculino la última vez que tuvieron una relación sexual
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) utilizaron un preservativo masculino en la última relación sexual
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) que han tenido relaciones sexuales
Justificación	El uso del preservativo protege contra el embarazo y la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS).[a] Este indicador mide el uso del preservativo en la relación sexual más reciente y puede entenderse como una medida aproximada del uso real.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	A las personas encuestadas que declaran haber mantenido relaciones sexuales se les pregunta sobre el uso de anticonceptivos en la última relación sexual, concretamente si se utilizó algún método anticonceptivo y se pregunta sobre el uso del preservativo si no lo mencionan espontáneamente.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Las estimaciones pueden estar sesgadas si la población tiende a exagerar las actividades sexuales, por exceso o por defecto.	

[a] Preservativos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Demanda de planificación familiar satisfecha (método moderno)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de mujeres adolescentes mayores que satisfacen sus necesidades en materia de anticoncepción con métodos modernos
	Nombre abreviado del indicador	Demanda de planificación familiar satisfecha (método moderno)
	Definición	Proporción de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que utilizan un método anticonceptivo moderno entre las que desean no tener (más) hijos o posponer el embarazo
	Numerador	Número de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que utilizan o cuya pareja sexual utiliza al menos un método anticonceptivo moderno
	Denominador	Número total de mujeres adolescentes mayores (15-19 años) que necesitan planificación familiar (la suma de la prevalencia del uso de anticonceptivos [cualquier método] y las necesidades no satisfechas de planificación familiar)
Justificación	Los embarazos no deseados, poco espaciados y a una edad temprana pueden tener diversos efectos negativos para la salud, así como consecuencias socioeconómicas.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en una serie de preguntas para conocer el uso de anticonceptivos modernos y las intenciones de fecundidad, así como parámetros relacionados, por ejemplo, si la persona que responde está embarazada o si tiene amenorrea posparto y cuestiones vinculadas con la esterilidad.
	Desglose	Puede considerarse, entre otras dimensiones, el desglose por estado civil.
Comentarios	Entre los métodos modernos figuran la esterilización femenina, la esterilización masculina, la píldora anticonceptiva oral, el dispositivo intrauterino, los anticonceptivos inyectables, la implantación contraceptiva subcutánea, el preservativo masculino, el preservativo femenino, el diafragma, las espumas y geles espermicidas, el método de la amenorrea de la lactancia, el método de días fijos y los anticonceptivos de emergencia. Puede obtenerse más información sobre este indicador en los metadatos de los indicadores de los ODS (indicador 3.7.1).[a]	

[a] SDG indicator metadata (Indicator 3.7.1). Nueva York: Naciones Unidas; 2023 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Atención cualificada durante el parto

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de nacidos vivos de mujeres adolescentes (10-19 años) atendidos por personal de salud cualificado
	Nombre abreviado del indicador	Atención cualificada durante el parto
	Definición	Proporción de nacidos vivos de mujeres adolescentes (10-19 años) atendidos por personal de salud cualificado
	Numerador	Número de nacidos vivos de mujeres adolescentes de (10-19 años) atendidos en el parto por personal de salud cualificado
	Denominador	Número total de nacidos vivos de mujeres adolescentes (10-19 años)
Justificación	La atención especializada en el nacimiento está vinculada a la prevención de las complicaciones del parto y a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en los datos obtenidos de las mujeres encuestadas sobre todos sus embarazos con un nacido vivo, junto con una pregunta ulterior sobre quién asistió el parto de cada nacido vivo en los 2 o 3 años anteriores a la encuesta, que sirve de base para la determinar si se obtuvo atención «cualificada».
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años)
Comentarios	El cálculo habitual de este indicador se basa en los datos de los 2 o 3 años anteriores a la encuesta. Con algunos métodos de recopilación de datos también se obtiene información sobre los mortinatos, lo que permite calcular este indicador a partir de todos los nacimientos, tanto de nacidos vivos como de mortinatos. Puede obtenerse más información en la declaración conjunta sobre personal de salud cualificado de la OMS, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO e IPA.[b]	

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; ICM: Confederación Internacional de Matronas; CIE: Consejo Internacional de Enfermeras; IPA: Asociación Internacional de Pediatría; UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas; UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; OMS: Organización Mundial de la Salud.

[a] Budu E, Chattu VK, Ahinkorah BO, Seidu A-A, Mohammed A, Tetteh JK et al. Early age at first childbirth and skilled birth attendance during delivery among young women in sub-Saharan Africa. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:834. doi:10.1186/s12884-021-04280-9.

[b] Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/272818, consultado el 8 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Intimidación

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que sufrieron intimidación en los últimos 12 meses
	Nombre abreviado del indicador	Intimidación
	Definición	Proporción de adolescentes que sufrieron intimidación en los últimos 12 meses
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que sufrieron intimidación en los últimos 12 meses
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La intimidación, tanto en persona como en línea, está muy extendida y tiene efectos negativos en la salud, en particular en la salud mental.[a] Los casos de intimidación se han relacionado con la depresión, la ansiedad y el suicidio, y sus efectos pueden prolongarse hasta la edad adulta.[b]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en los adolescentes que declaran haber sufrido intimidación durante el año anterior a la encuesta. Para mejorar la validez, debe proporcionarse una descripción de los actos de intimidación, seguida de preguntas específicas sobre los distintos tipos de intimidación, incluido el acoso en persona y el ciberacoso.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; tipo de intimidación (es decir, en persona o digital/ciberacoso). Puede considerarse un desglose adicional por agresor o según si la intimidación fue física, sexual o emocional.
Comentarios	La intimidación puede producirse en persona o en línea (ciberacoso) y se define como un comportamiento no deseado y agresivo por parte de otro niño o grupo de niños que no son hermanos ni tienen una relación romántica con la víctima.[c] La intimidación implica un patrón repetido de agresión física, psicológica o social que puede causar daño, y a menudo tiene lugar en las escuelas y otros entornos donde se reúnen los niños, así como en línea.	

[a] Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open. 2021;5(1):e000939. doi:10.1136/bmjpo-2020-000939.

[b] Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. JAMA Psychiatry. 2013;70:419–26. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.504.

[c] INSPIRE indicator guidance and results framework – ending violence against children: how to define and measure change. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 (https://www.who.int/publications/m/item/inspire-indicator-guidance-and-results-framework, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Violencia física

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que sufrieron violencia física en los últimos 12 meses
	Nombre abreviado del indicador	Violencia física
	Definición	Proporción de adolescentes de (10-19 años) que sufrieron violencia física (excepto violencia sexual) en los últimos 12 meses
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que sufrieron violencia física (excepto violencia sexual) en los últimos 12 meses
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Los adolescentes que sufren violencia física corren un mayor riesgo de padecer daños físicos, incluidas lesiones y muerte. Además, la violencia puede acarrear diversas consecuencias negativas para la salud mental, como la depresión, la ansiedad y el suicidio.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en los adolescentes que declaran haber sufrido violencia física. Estos datos pueden obtenerse mediante una única pregunta tras describir lo que constituye una agresión física. Es posible obtener información más detallada mediante una serie de preguntas que determinan si determinadas personas concretas (parejas íntimas, compañeros, adultos de la familia, etc.) perpetraron tipos específicos de violencia física contra la persona encuestada durante el año anterior.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	La violencia física incluye tanto las agresiones físicas perpetradas por una o varias personas como las peleas entre iguales. Las bofetadas, los golpes, las palizas y las quemaduras son ejemplos de violencia física, al igual que el uso de un arma, como un cuchillo o una pistola. La violencia física es un subconjunto de la violencia según la definición de la OMS, que incluye tanto la amenaza como el uso intencionado real de la fuerza física o el poder.[b]	

[a] Global status report on preventing violence against children 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/332394,consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] International classification of violence against children (ICVAC). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Violencia sexual por contacto

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que sufrieron violencia física durante los últimos 12 meses
	Nombre abreviado del indicador	Violencia sexual por contacto
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que sufrieron violencia sexual por contacto físico (es decir, relaciones sexuales forzadas [consumadas] bajo presión o coacción; intento [pero sin consumar] de relaciones sexuales forzadas, bajo presión o coacción; o tocamientos sexuales no deseados y no consentidos) durante los últimos 12 meses
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que sufrieron violencia sexual por contacto físico durante los últimos 12 meses
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La violencia sexual por contacto puede tener diversos efectos negativos en la salud de los adolescentes. Causa efectos físicos, como lesiones, discapacidad, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados, además de tener repercusiones negativas en la salud mental y el rendimiento escolar.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Este indicador se basa en los adolescentes que declaran haber sufrido violencia sexual por contacto durante el año anterior. La medición ideal debería basarse en una serie de preguntas que abarquen diferentes tipos de violencia sexual por contacto, incluidas las relaciones sexuales forzadas y bajo presión (tanto si se han consumado como si no) y los tocamientos no deseados.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	La violencia sexual puede cobrar múltiples formas. Los elementos incluidos en este indicador representan el subconjunto de violencia sexual que implica contacto físico, lo que excluiría formas de violencia sexual como, por ejemplo, el acoso sexual verbal y el abuso sexual en línea. En la guía de indicadores INSPIRE[b] se facilita más información sobre los distintos tipos de violencia sexual. Es probable que no se denuncien todos los incidentes de violencia sexual por contacto debido a la estigmatización.	

[a] Clarke V, Goddard A, Wellings K, Hirve R, Casanovas M, Bewley S et al. Medium-term health and social outcomes in adolescents following sexual assault: a prospective mixed-methods cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58:1777–933. doi:10.1007/s00127-021-02127-4.

[b] INSPIRE indicator guidance and results framework – ending violence against children: how to define and measure change. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 (https://www.who.int/publications/m/item/inspire-indicator-guidance-and-results-framework, consultado el 2 de febrero de 2024).

Comportamientos y riesgos en materia de salud

Violencia sexual antes de los 18 años

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de mujeres y hombres jóvenes que sufrieron violencia sexual antes de los 18 años
	Nombre abreviado del indicador	Violencia sexual antes de los 18 años
	Definición	Proporción de mujeres y hombres jóvenes (18-29 años) que sufrieron violencia sexual antes de los 18 años
	Numerador	Número de mujeres y hombres jóvenes (18-29 años) que declararon haber sufrido cualquier tipo de violencia sexual antes de los 18 años
	Denominador	Número total de mujeres y hombres jóvenes (18-29 años)
Justificación	La violencia sexual puede repercutir de diversas formas en la salud de los adolescentes. Causa efectos físicos, como lesiones, discapacidad, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados, además de tener repercusiones negativas en la salud mental y el rendimiento escolar.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	La medición óptima se basa en una serie de preguntas específicas sobre distintos tipos de violencia sexual, por ejemplo, las relaciones sexuales forzadas y bajo presión (tanto si se han consumado como si no), los tocamientos no deseados y el abuso sexual en línea y la explotación sexual.
	Desglose	Grupo de edad en el momento de la victimización (<10, 10-14, 15-17 años); sexo
Comentarios	Dado que «violencia sexual» es un término amplio que engloba diversas formas de victimización sexual con y sin contacto, en los distintos programas de encuestas entre países se utilizan diferentes conjuntos de preguntas, algunas más detalladas que otras. Hasta que los métodos de recogida de datos estén más armonizados, las preguntas de las encuestas deben basarse en una definición operativa específica y los datos resultantes deben interpretarse en consecuencia. Puede obtenerse más información sobre este indicador y una definición detallada de violencia sexual en los metadatos de los indicadores de los ODS (indicador 16.2.3).[b] Puede utilizarse este indicador cuando no sea posible evaluar el indicador preferido relativo a la violencia sexual por contacto durante los últimos 12 meses.	

[a] Clarke V, Goddard A, Wellings K, Hirve R, Casanovas M, Bewley S et al. Medium-term health and social outcomes in adolescents following sexual assault: a prospective mixed-methods cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58:1777–933. doi:10.1007/s00127-021-02127-4.

[b] SDG indicator metadata (Indicator 16.2.3). Nueva York: Naciones Unidas; 2021 (https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-16-02-03.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

3.5 Bienestar subjetivo

Bienestar subjetivo

Alguien con quien hablar de sus problemas

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que tienen alguien con quien hablar cuando tienen una preocupación o un problema
	Nombre abreviado del indicador	Alguien con quien hablar de sus problemas
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que hablaron con alguien el último mes cuando tuvieron una preocupación o un problema relacionada con sentimientos y experiencias difíciles.
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que declararon haber hablado con alguien el último mes cuando tuvieron una preocupación o un problema relacionada con sentimientos y experiencias difíciles
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Tener a alguien con quien hablar de sus preocupaciones o problemas puede ser de gran ayuda para la salud mental del adolescente.[a] Muchos trastornos mentales en la edad adulta empiezan durante la adolescencia,[b] por lo que es importante animar a los adolescentes a adoptar medidas preventivas.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El indicador recomendado por GAMA se basa en la herramienta desarrollada específicamente para medir la salud mental de los adolescentes y los jóvenes a nivel de población (MMAPP), que ha superado un proceso de validación transnacional para este grupo de edad.[c] Tras una serie de preguntas relativas a sentimientos y experiencias complicados, se pregunta a las personas encuestadas si hablaron con alguien sobre ese tipo de problemas o preocupaciones durante el mes anterior.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Este indicador se elaboró en el marco de la iniciativa MMAPP[c, d] como parte de un conjunto de indicadores sobre la salud mental del adolescente y el joven. La iniciativa MMAPP es uno de los módulos disponibles en la Séptima ronda de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS7), pero también puede utilizarse como herramienta independiente.[e]	

[a] Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/336864, consultado el 9 de febrero de 2024).

[b] Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. The British Journal of Psychiatry. Suplemento. 2013;54:s5–10. doi:10.1192/bjp.bp.112.119164.

[c] Carvajal-Velez L, Harris Requejo J, Ahs JW, Idele P, Adewuya A, Cappa C et al. Increasing data and understanding of adolescent mental health worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative. J Adolesc Health. 2023;72(1S):S12–4.

[d] Measuring mental health for adolescents and young people at the population level [UNICEF Data topic]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, accessed 2 February 2024)

[e] Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) [sitio web]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2024 (https://mics.unicef.org, consultado el 2 de febrero de 2024).

Bienestar subjetivo

Relaciones familiares positivas

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que declaran tener relaciones positivas con sus familias
	Nombre abreviado del indicador	Relaciones familiares positivas
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que declaran tener relaciones positivas con sus familias
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que declaran tener relaciones positivas con sus familias
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Las relaciones familiares positivas pueden desempeñar una función importante en el desarrollo saludable y la salud mental de los adolescentes.[a] El apoyo que se recibe de las relaciones familiares positivas durante la adolescencia protege la salud mental y física y se asocia a mejores resultados educativos y menores niveles de conductas de riesgo.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Se han validado varias medidas de las relaciones familiares positivas, pero se recomienda la subescala de apoyo familiar de la Multidimensional Scale of Perceived Social Support.[b] En esta subescala, cada uno de los cuatro elementos se codifica en una escala Likert de 7 puntos, desde «Totalmente en desacuerdo» = 1 hasta «Totalmente de acuerdo» = 7. Una puntuación media de 5,5 o más en la subescala se clasifica como «alto apoyo familiar», lo que refleja unas relaciones familiares positivas.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Las relaciones familiares positivas representan el grado en que los adolescentes se sienten conectados con sus progenitores u otros miembros de la familia y sienten su apoyo. Es un reflejo del afecto en la relación que el adolescente mantiene con sus progenitores/familia y del grado en que los miembros de la familia son sensibles y receptivos a las necesidades del adolescente. Puede obtenerse más información sobre la Multidimensional Scale of Perceived Social Support en Zimet, Powell, Farley, Werkman y Berkoff.[b]	

[a] Chen P, Harris KM. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. JAMA Pediatr. 2019;173(12):e193336. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3336.

[b] Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1990;55(3–4):610–7. doi:10.1080/00223891.1990.9674095.

3.6 Resultados y afecciones de salud

Resultados y afecciones de salud

Tasa de mortalidad de adolescentes (por todas las causas)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Tasa de mortalidad de adolescentes (por todas las causas)
	Nombre abreviado del indicador	Tasa de mortalidad de adolescentes (por todas las causas)
	Definición	Número de muertes entre los adolescentes (10-19 años) por 100 000 adolescentes
	Numerador	Número de muertes entre los adolescentes (10-19 años) durante un determinado año por cada 100 000
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) durante ese mismo año
Justificación	La tasa de mortalidad de adolescentes es una medida importante de la salud de la población y puede revelar tendencias significativas. A falta de un sistema exhaustivo de registro de defunciones, la disponibilidad de datos sobre las tasas de mortalidad adolescente suele ser inferior a la de las tasas de mortalidad infantil, por lo que es necesario mejorar la disponibilidad de datos.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Registro civil y estadísticas vitales (RC-EV)
	Fuentes de datos alternativas	Encuesta de población; censo; sistemas de registro por muestreo
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos específicos por edad, tanto de las muertes como de la población. En el caso del registro civil y las estadísticas vitales, el numerador se basa en las muertes de personas de 10 a 19 años durante un periodo determinado (por ejemplo, el año civil precedente) y se calcula por cada 100 000 miembros de la población de 10 a 19 años que se estima o cuenta a partir de una fuente diferente, como un registro de población o una proyección de población extraída de un censo. En el caso de las encuestas y los censos, los datos sobre las muertes y la población proceden de la misma fuente. Los datos sobre las muertes se basan en un recuerdo retrospectivo.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	En las encuestas y los censos de población pueden emplearse métodos directos e indirectos para obtener las tasas de mortalidad. Las estimaciones de mortalidad pueden variar según la fuente de datos y el método de cálculo. En las estimaciones mundiales de salud de la OMS se presentan anualmente datos comparables por países.[b]	

[a] Levels and trends in child mortality – report 2022: estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/, consultado el 9 de febrero de 2024).

[b] Global health estimates [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 (https://www.who.int/data/global-health-estimates, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Tasa de mortalidad en adolescentes (por causas específicas)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Tasa de mortalidad en adolescentes (por causas específicas)
	Nombre abreviado del indicador	Tasa de mortalidad en adolescentes (por causas específicas)
	Definición	Número de defunciones de adolescentes (10-19 años) por 100 000 adolescentes, por causas específicas, incluidas las causas prioritarias de defunción de adolescentes a nivel mundial (es decir, enfermedades cardiovasculares, ahogamiento, enfermedades diarreicas, VIH/SIDA, violencia interpersonal, infecciones de las vías respiratorias inferiores, paludismo, afecciones maternas, meningitis, neoplasias, traumatismos causados por el tránsito, lesiones autoinfligidas y tuberculosis) y otras causas determinadas por el contexto nacional
	Numerador	Número de muertes entre los adolescentes (10-19 años) durante un año determinado por causas específicas x 100 000
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) durante el mismo año
Justificación	Las causas de mortalidad cambian a lo largo de la vida y los adolescentes tienen un perfil específico de causas comunes de mortalidad, con una proporción generalmente mayor de lesiones como causa de muerte en comparación con otros grupos de edad.[a] Este indicador incluye las causas prioritarias de mortalidad específicas por edad y sexo. Una mejor recopilación de datos sobre las causas de mortalidad puede fomentar la adopción de medidas específicas mediante políticas y programas nacionales.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Registro civil y estadísticas vitales (RC-EV)
	Fuentes de datos alternativas	Encuestas de población; sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS); sistemas de registro por muestreo
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos específicos por edad, tanto de la causa de la muerte como de la población. En el caso del registro civil y las estadísticas vitales, la vigilancia y los sistemas de información sobre la gestión sanitaria pueden proporcionar el número de personas de entre 10 y 19 años fallecidas por causas específicas durante un periodo determinado (por ejemplo, el año civil anterior), pero la población estimada/contada de entre 10 y 19 años procedería de una fuente diferente, como un registro de población o una proyección de población a partir de un censo. Los datos de las muertes desglosados por causas específicas también pueden obtenerse a partir de encuestas poblacionales con preguntas acerca de las causas de muerte; de esas encuestas también pueden extraerse los datos necesarios para el denominador.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; causa: enfermedades cardiovasculares, ahogamiento, enfermedades diarreicas, VIH/SIDA, violencia interpersonal, infecciones de las vías respiratorias inferiores, paludismo, afecciones maternas, meningitis, neoplasias, traumatismos causados por el tránsito, lesiones autoinfligidas y tuberculosis
Comentarios	Las estimaciones de la causa de muerte pueden variar en función de la fuente de datos y el método de cálculo. En las estimaciones mundiales de salud de la OMS se presentan anualmente datos comparables por países.[b]	

[a] Strong KL, Pedersen J, Johansson EW, Cao B, Diaz T, Guthold R et al. Patterns and trends in causes of child and adolescent mortality 2000–2016: setting the scene for child health redesign. BMJ Glob Health. 1 de marzo de 2021;6(3):e004760. doi:10.1136/bmjgh-2020-004760.

[b] Global health estimates [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/data/global-health-estimates, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Tasa de nacimientos de adolescentes

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Tasa de nacimientos de adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Tasa de nacimientos de adolescentes
	Definición	Número total de nacidos vivos de mujeres adolescentes por cada 1000 mujeres adolescentes
	Numerador	Número de nacidos vivos de mujeres adolescentes (10-19 años) durante un año determinado por 1 000
	Denominador	Número total de mujeres adolescentes (10-19 años) durante el mismo año
Justificación	El embarazo y el parto en la adolescencia pueden afectar negativamente a la salud tanto de la adolescente como del recién nacido.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Registro civil y estadísticas vitales (RC-EV)
	Fuentes de datos alternativas	Encuestas de población; censo de población
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos tanto de los nacimientos como de la población femenina. En el caso del registro civil y las estadísticas vitales, el numerador se basa en los nacimientos registrados durante un periodo determinado (por ejemplo, el año civil precedente) y se calcula sobre un denominador de mujeres estimadas/contadas a partir de una fuente diferente, como una proyección de población a partir de un censo. En el caso de las encuestas y los censos, los datos sobre los nacimientos y la población femenina proceden de la misma fuente. Los datos sobre los nacimientos se basan en un recuerdo retrospectivo.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años)
Comentarios	Los datos para este indicador se recopilan de forma sistemática para los adolescentes de 15 a 19 años, pero también se recomienda recopilar datos para los adolescentes de 10 a 14 años.	

[a] Vobecká J. UNECE monitoring framework for the ICPD programme of action beyond 2014. Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa; 2018 (https://eeca.unfpa.org/en/publications/unece-monitoring-framework-icpd-programme-action-beyond-2014, consultado el 9 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Prevalencia del VIH

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que viven con el VIH
	Nombre abreviado del indicador	Prevalencia del VIH
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que viven con el VIH
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que viven con el VIH
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La infección por VIH puede tener efectos profundamente negativos en la salud si no se trata. Los adolescentes representaron el 10% de las nuevas infecciones por VIH en 2022.[a] Si bien la incidencia del VIH, es decir, el ritmo al que se contraen nuevas infecciones por el VIH a lo largo del tiempo, es una medida más precisa del estado actual de la epidemia y los cambios en la incidencia pueden interpretarse más directamente como un reflejo del éxito de las intervenciones, su medición es difícil y costosa. La prevalencia del VIH entre los adolescentes se ha utilizado como indicador indirecto de las nuevas infecciones por el VIH en este grupo de edad.[b] Muchos adolescentes que viven con el VIH tienen un acceso limitado a los servicios necesarios y tienen menos probabilidades de hacerse la prueba del VIH y de iniciar y seguir el tratamiento recomendado. Además, los adolescentes que viven con el VIH suelen experimentar problemas de salud mental asociados con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.[c]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Método de medición	La serología del VIH puede incluirse en las encuestas poblacionales para obtener estimaciones de la prevalencia en la población general. Los datos procedentes de otras fuentes suelen ser representativos de un subgrupo de población específico, como las personas embarazadas, las que se inyectan drogas o las profesionales del sexo, y deben interpretarse en consecuencia.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Puede facilitarse la interpretación de este indicador si se examinan los indicadores relacionados con el VIH, incluida la incidencia del VIH y la proporción de adolescentes que viven con el VIH entre la población total que vive con el VIH. Cada año se elaboran modelos de estimación del número de adolescentes que viven con el VIH a escala nacional y mundial. Puede obtenerse más información en UNAIDS data.[d]	

[a] HIV estimates with uncertainty bounds 1990–present. ONUSIDA; 2023 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-present, consultado el 18 de febrero de 2024).

[b] Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/329993, consulté le 9 février 2024).

[c] Dessauvagie AS, Jörns-Presentati A, Napp AK, Stein DJ, Jonker D, Breet E et al. The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents living with HIV: a systematic review. Global Mental Health. 2020;7:e29. doi:10.1017/gmh.2020.18.

[d] Datos de ONUSIDA [sitio web]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2024 (https://www.unaids.org/es/topic/data, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Tasa de incidencia de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
	Definición	Número de nuevos casos de tipos específicos de ITS (es decir, sífilis, gonorrea, clamidia y virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2)) entre adolescentes (10-19 años) por cada 100 000 adolescentes durante un año
	Numerador	Número de nuevos casos de tipos específicos de ITS (es decir, sífilis, gonorrea, clamidia y virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2)) entre adolescentes (10-19 años) durante un año x 100 000
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) durante ese mismo año
Justificación	Los adolescentes tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y de experimentar efectos negativos en la salud.[a] Además, hay datos limitados sobre la incidencia de ITS en adolescentes, por lo que es importante abordar esta brecha de datos para mejorar los programas de prevención y tratamiento. Este indicador mide ITS específicas basadas en aquellas que son más comunes entre los adolescentes.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Fuentes de datos alternativas	Encuestas de población
	Método de medición	Los métodos de medición difieren de una ITS a otra, pero la incidencia puede calcularse a partir de los informes de casos.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; tipo de ITS (es decir, sífilis, gonorrea, clamidia y VHS-2)
Comentarios	Es posible que se pasen por alto las infecciones asintomáticas para las que no se solicitó atención. Incluso los países con sistemas de salud sólidos pueden tener dificultades para calcular este indicador, ya que solo pueden recopilarse de forma sistemática los datos grupos de población clave, como las mujeres embarazadas o los profesionales del sexo. Así pues, los datos disponibles a nivel nacional, independientemente de su origen, deben interpretarse teniendo en cuenta sus definiciones operativas específicas, ya que es muy probable que no sean representativos de la población general.	

[a] Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. Curr Opin Pediatr. 2018;30(1):137. doi:10.1097/MOP.0000000000000578.

Resultados y afecciones de salud

Tasa de hospitalización por lesiones (por causas específicas)

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Tasa de hospitalización de adolescentes por lesiones debidas a causas específicas
	Nombre abreviado del indicador	Tasa de hospitalización por lesiones (por causas específicas)
	Definición	Número de hospitalizaciones por tipos específicos de lesiones (es decir, lesiones causadas por el tránsito, quemaduras relacionadas con incendios, envenenamientos, caídas y ahogamientos) entre adolescentes (10-19 años) por cada 100 000 adolescentes durante un año
	Numerador	Número de hospitalizaciones por tipos específicos de lesiones (es decir, lesiones causadas por el tránsito, quemaduras relacionadas con incendios, envenenamientos, caídas y ahogamientos) entre adolescentes (10-19 años) durante un año x 100 000
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) durante ese mismo año
Justificación	Las lesiones son la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes[a]. Comprender la carga que suponen las lesiones graves con resultado de hospitalización puede ayudar a fundamentar las medidas preventivas para mejorar la salud del adolescente.[a] Este indicador mide tipos específicos de lesiones, como traumatismos causados por el tránsito, colisiones, quemaduras provocadas por incendios y caídas, en función de las lesiones que son más comunes entre los adolescentes.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de información sobre la evolución final de los pacientes heridos, que puede obtenerse de los registros de traumatismos de los hospitales (como parte del conjunto de datos mínimos básicos), de los registros de ingresos en los hospitales o de los sistemas nacionales de información sanitaria. Estos datos se cotejan sistemáticamente de forma centralizada y se estratifican por edad y por causa (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) codificada) para el periodo especificado.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo; tipo de lesión (lesiones causadas por el tránsito, quemaduras con fuego, envenenamientos, caídas y ahogamientos)
Comentarios	Los tipos de lesiones aquí enumerados se seleccionaron en función de su carga de morbilidad, facilidad de recopilación y pertinencia respecto a la capacidad de los sistemas de salud, así como de su integración con la iniciativa existente del Registro Internacional de la OMS para la Atención de Traumatismos y Emergencias (IRTEC).[b] Se puede considerar la notificación de otros tipos de lesiones en función del contexto nacional y regional. Para obtener orientación sobre la medición de este indicador a partir de los datos de los centros de salud, véase *Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers*.[c]	

[a] Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. Annu Rev Public Health. 2010;31:195–212. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103616.

[b] WHO International Registry for Trauma and Emergency Care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/news/item/01-11-2018-who-international-registry-for-trauma-and-emergency-care, consultado el 2 de febrero de 2024).

[c] Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373826, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Anemia

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Prevalencia de anemia entre los adolescentes
	Nombre abreviado del indicador	Anemia
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que tienen un nivel de hemoglobina inferior al umbral pertinente de la OMS.
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que tienen un nivel de hemoglobina inferior al umbral pertinente de la OMS
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	La falta de hierro suficiente (anemia) puede tener consecuencias negativas para la salud, especialmente para los adolescentes, que dependen de una serie de vitaminas y minerales para crecer y desarrollarse de forma saludable.[a] Además, las adolescentes que menstrúan corren un mayor riesgo de anemia debido a las repetidas pérdidas de sangre. Este indicador mide la anemia según los umbrales y las recomendaciones pertinentes de la OMS.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS)
	Método de medición	Para calcular este indicador, es necesario disponer de datos sobre el nivel de hemoglobina en sangre capilar o venosa registrados en gramos por decilitro (g/dL) con un decimal. La clasificación de la anemia debe hacerse con respecto al umbral correspondiente de la OMS,[b] en función de la edad, el sexo y otras características pertinentes del adolescente, como el embarazo, el tabaquismo y la altitud sobre el nivel del mar de su lugar de residencia.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Los valores de corte para el diagnóstico de la anemia varían en función del sexo, la edad y otras características (por ejemplo, embarazo, tabaquismo). En las orientaciones correspondientes de la OMS puede encontrarse información adicional sobre la anemia y los valores de corte pertinentes.[b]	

[a] Wiafe MA, Ayenu J, Eli-Cophie D. A review of the risk factors for iron deficiency anaemia among adolescents in developing countries. Anemia. 2023;6406286. doi:10.1155/2023/6406286.

[b] Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/376196, accessed 9 February 2024).

Resultados y afecciones de salud

Intento de suicidio

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que declaran haber intentado suicidarse durante los últimos 12 meses
	Nombre abreviado del indicador	Intento de suicidio
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que declaran haber intentado suicidarse durante los últimos 12 meses
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) que declaran haber intentado suicidarse durante los últimos 12 meses
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	El suicidio es una de las causas más frecuentes de mortalidad en adolescentes en todo el mundo[a]. Existen varios factores de riesgo de suicidio, uno de los cuales es un intento de suicidio previo.[a]	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El método recomendado para obtener esta información consiste en preguntar si se ha realizado alguna acción con la intención de acabar con su vida. Por ejemplo: «En los últimos 12 meses, ¿intentaste en algún momento hacerte daño con la intención o el deseo de acabar con tu vida? Por ejemplo, tomar veneno, ahorcarte, saltar por un acantilado o un puente, o arrojarte delante de un coche en marcha?».
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo.
Comentarios	Un intento de suicidio se refiere a un comportamiento suicida que no resulta mortal. Para un análisis más extenso de la terminología y las implicaciones relacionadas con la medición, puede consultarse el *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*.[b] Dado que en algunos países los intentos de suicidio están estigmatizados y son ilegales, es posible que no se notifiquen y que la calidad de los datos sea deficiente.[c]	

[a] Shain B, Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, Levine DA et al. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics. 2016;138(1):e20161420. doi:10.1542/peds.2016-1420.

[b] Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Organización Mundial de la Salud (traducción de la OPS); 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/208895, consultado el 2 de febrero de 2024)

[c] Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Síntomas de depresión/ansiedad

Indicadores básicos

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes que declaran haber tenido síntomas de depresión o ansiedad durante las 2 últimas semanas
	Nombre abreviado del indicador	Síntomas de depresión/ansiedad
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) que declaran haber tenido síntomas de depresión o ansiedad durante las 2 últimas semanas.
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) con síntomas de depresión o ansiedad
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años)
Justificación	Los síntomas de depresión o ansiedad pueden acarrear distintas consecuencias sociales y para la salud de los adolescentes. Muchos adolescentes experimentan síntomas de depresión o ansiedad, pero es posible que no reciban el apoyo adecuado.[a] Si se mejoran la recogida y la calidad de los datos, podrían orientarse mejor las intervenciones.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	Entre las distintas metodologías para evaluar la depresión y la ansiedad se encuentra la herramienta de medición de la salud mental de adolescentes y jóvenes a nivel poblacional (MMAPP), especialmente desarrollada para este grupo de edad y validada en varios países.[a] El cálculo del indicador se basa en un breve conjunto de preguntas de cribado en las que no se mencionan directamente la depresión o la ansiedad, sino que se pregunta por diversos síntomas durante las dos semanas anteriores, seguidas de preguntas adicionales para determinar si se alcanza el umbral de un diagnóstico clínico.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Cet indicateur a été élaboré dans le cadre de l'initiative visant à évaluer la santé mentale des adolescents et des jeunes au niveau de la population[b,c] para evaluar y supervisar la carga global de un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad basados en un nivel de síntomas que corresponda con el diagnóstico clínico según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) y la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11). La iniciativa MMAPP es uno de los módulos disponibles en la Séptima ronda de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS7), pero también puede utilizarse como herramienta independiente.[d]	

[a] Measuring mental health for adolescents and young people at the population level [Datos de UNICEF sobre el tema]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, consultado el 2 de febrero de 2024).

[b] Carvajal-Velez L, Harris Requejo J, Ahs JW, Idele P, Adewuya A, Cappa C et al. Increasing data and understanding of adolescent mental health worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative. J Adolesc Health. 2023;72(1S):S12–4. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.03.019.

[c] Measuring mental health for adolescents and young people at the population level [Datos de UNICEF sobre el tema]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, consultado el 2 de febrero de 2024).

[d] Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) [sitio web]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2024 (https://mics.unicef.org, consultado el 2 de febrero de 2024).

Resultados y afecciones de salud

Solicitud de atención por depresión/ansiedad

Indicadores adicionales

Descripción	**Nombre del indicador**	Proporción de adolescentes con síntomas de depresión y/o ansiedad que declaran haber estado en contacto con un profesional de la salud u orientador con relación a sus síntomas de salud mental
	Nombre abreviado del indicador	Solicitud de atención por depresión/ansiedad
	Definición	Proporción de adolescentes (10-19 años) con síntomas de depresión y/o ansiedad que estuvieron en contacto con un profesional de la salud u orientador con relación a su salud mental
	Numerador	Número de adolescentes (10-19 años) con síntomas de depresión y/o ansiedad que estuvieron en contacto con un profesional de la salud u orientador con relación a su salud mental
	Denominador	Número total de adolescentes (10-19 años) con síntomas de depresión y/o ansiedad
Justificación	Si los síntomas de depresión o ansiedad no se tratan, pueden persistir y empeorar en la edad adulta.[a] A pesar de que muchos adolescentes experimentan síntomas de depresión o ansiedad, pocos reciben tratamiento y atención.[b] Este indicador puede fundamentar las intervenciones para llegar a los adolescentes que no solicitan atención y apoyo.	
Medición	**Nivel al que se recopilan los datos**	Individual
	Fuente de datos preferida	Encuesta de población
	Fuentes de datos alternativas	No se recomiendan
	Método de medición	El indicador recomendado por GAMA se basa en la herramienta desarrollada específicamente para medir la salud mental de los adolescentes y los jóvenes a nivel de población (MMAPP), que ha superado un proceso de validación transnacional para este grupo de edad.[d] En primer lugar, en la herramienta se sugiere formular una serie de preguntas para detectar a los adolescentes con síntomas de ansiedad o depresión en las dos semanas anteriores a la encuesta. Estos datos son necesarios para el denominador. El numerador se obtiene a partir de preguntas adicionales sobre si la persona encuestada habló con alguien sobre ese tipo de problemas o preocupaciones en el último mes y, en caso afirmativo, con quién, lo que permite identificar contacto con un profesional de la salud u orientador.
	Desglose	Grupo de edad (10-14, 15-19 años); sexo
Comentarios	Este indicador se elaboró en el marco de la iniciativa MMAPP[c, d] como parte de un conjunto de indicadores sobre la salud mental del adolescente y el joven. La iniciativa MMAPP es uno de los módulos disponibles en la Séptima ronda de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS7), pero también puede utilizarse como herramienta independiente.[e] Se propone un intervalo de un mes para el numerador con el fin de ofrecer un marco temporal más amplio para solicitar atención a los adolescentes que declaran síntomas recientes.	

[a] Siegel RS, Dickstein DP. Anxiety in adolescents: update on its diagnosis and treatment for primary care providers. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2012;3:1–16. doi:10.2147/AHMT.S7597.

[b] Merikangas KR, He J, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS–A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(1):32–45. doi:10.1016/j.jaac.2010.10.006.

[c] Measuring mental health for adolescents and young people at the population level [UNICEF Data topic]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, accessed 2 February 2024)

[d] Carvajal-Velez L, Harris Requejo J, Ahs JW, Idele P, Adewuya A, Cappa C et al. Increasing data and understanding of adolescent mental health worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative. J Adolesc Health. 2023;72(1S):S12–4. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.03.019.

[e] Measuring mental health for adolescents and young people at the population level [Datos de UNICEF sobre el tema]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, consultado el 2 de febrero de 2024).

Festival Shivaratri en Pushkar, India. © OMS/Diego Rodriguez

4. Principios de medición

4.1 Enfoque integral y colaboración interdisciplinar

En la medición de la salud del adolescente debe adoptarse una perspectiva global, en lugar de centrarse únicamente en un aspecto. Debe incluir aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y de desarrollo. La colaboración entre diversas disciplinas, como la medicina, la psicología, la sociología, la educación y la salud pública, es crucial para comprender la salud del adolescente de forma holística y desde una perspectiva más amplia *(7)*.

4.2 Participación del adolescente

La participación activa de los adolescentes en la medición de la salud, la interpretación y el uso de los resultados es primordial puesto que sus perspectivas y experiencias son únicas y sus necesidades en materia de salud van evolucionando. Cuando se implica a los adolescentes en estos procesos, no solo se reconoce su capacidad de acción y su autonomía, sino que también sirve para recoger con precisión sus diversas realidades y preocupaciones. Mediante una participación activa, los adolescentes pueden ofrecer información muy valiosa sobre sus prioridades, comportamientos y dificultades en materia de salud, lo que permite comprender su bienestar de forma más integral. Además, su participación fomenta un sentimiento de apropiación y empoderamiento, lo que favorece una mayor honestidad, confianza y franqueza para facilitar información de salud delicada, y facilita la elaboración de intervenciones y políticas de salud más eficaces y centradas en los adolescentes *(23)*.

4.3 Consideración del contexto

En la medición de la salud del adolescente debe tenerse en cuenta el contexto social, ambiental y cultural más amplio en el que viven los jóvenes, ya que estos elementos determinan profundamente las creencias, los comportamientos y las percepciones en torno a la salud y el bienestar *(24)*. El contexto en el que viven las personas influye significativamente en sus actitudes hacia las prácticas en materia de salud, el uso de la atención de salud y las respuestas a las intervenciones de salud. Si no se tienen en cuenta la diversidad cultural y los factores sociales y ambientales, es posible que las evaluaciones no sean adecuadas y que se pasen por alto matices cruciales, lo que puede dar lugar a soluciones asistenciales ineficaces o inaccesibles. El único modo de elaborar intervenciones adecuadas, pertinentes y adaptadas a las distintas poblaciones de adolescentes es integrar las consideraciones contextuales en la medición de la salud y, en última instancia, mejorar los resultados de salud y reducir las disparidades. En términos prácticos, si bien los indicadores presentados en este documento son pertinentes para los adolescentes en todos los contextos, la ejecución de las orientaciones de medición recomendadas puede variar en los distintos contextos. Por ejemplo, cuando se mide la actividad física, es posible que los ejemplos de actividades típicas locales y culturalmente adecuadas incluidos en el texto de la pregunta o en las tarjetas de presentación sean diferentes en contextos distintos.

4.4 Consideraciones éticas

Protección de datos y confidencialidad

Es imprescindible mantener la privacidad y la confidencialidad en la medición de la salud del adolescente para fomentar la confianza, la honestidad y la franqueza en la comunicación. Los adolescentes suelen enfrentarse a problemas de salud delicados y dudan en hablar de ellos abiertamente, en particular si no se garantiza la confidencialidad. El respeto de su intimidad garantiza un espacio seguro para que compartan información personal sobre su salud sin temor a ser juzgados ni a repercusiones. Cuando se respeta la confidencialidad, se fomenta la franqueza, lo que permite una evaluación más precisa de las necesidades y comportamientos del adolescente en materia de salud. También fomenta un sentimiento de respeto por su autonomía y sus derechos, lo que en última instancia refuerza la integridad de las mediciones de salud y la eficacia de las intervenciones posteriores adaptadas a sus necesidades específicas *(25)*.

Consentimiento y aprobación informados

Un requisito fundamental para realizar mediciones éticas en materia de salud es obtener el consentimiento informado de los tutores legales, según proceda, así como el asentimiento de los adolescentes, para garantizar que tanto ellos como sus tutores comprendan la finalidad, los riesgos y los beneficios. Obtener el asentimiento y el consentimiento informados implica proporcionar información clara y comprensible, que permita a los adolescentes (y a sus tutores legales, en su caso) tomar decisiones voluntarias e informadas sobre su participación en la medición de la salud *(25)*.

Respeto de la autonomía

El reconocimiento de la autonomía de los adolescentes implica aceptar su derecho a tomar decisiones sobre su salud cuando tienen capacidad para hacerlo. Cuando se respetan sus decisiones, se fomenta un sentimiento de autonomía y dignidad *(25)*.

Minimización de los daños

La medición ética garantiza que los beneficios de la evaluación superen los posibles riesgos y que se minimice cualquier posible daño físico, emocional o psicológico a los adolescentes. Esto incluye evitar los procedimientos invasivos en la medida de lo posible y proporcionar apoyo ante cualquier angustia derivada del proceso de medición *(24, 26)*.

4.5 Equidad, inclusividad y representatividad

En la práctica, no siempre es fácil garantizar la total representatividad de las muestras en la medición de la salud del adolescente. Por ejemplo, si bien las encuestas escolares ofrecen la oportunidad de muestrear a muchos adolescentes de forma eficiente, su representatividad de la población adolescente depende de la matriculación y la asistencia a la escuela. Del mismo modo, también es posible que las encuestas de hogares no capten a los adolescentes marginados, incluidos los migrantes, los adolescentes institucionalizados o sin hogar, o los adolescentes en situaciones de conflicto.

En la medida de lo posible, la medición de la salud del adolescente debe dar prioridad a la equidad y la inclusión para garantizar evaluaciones justas, representativas y exhaustivas para todos los jóvenes. La equidad en materia de salud pasa por reconocer y corregir las disparidades, ofrecer las mismas oportunidades de participación y tener en cuenta las distintas necesidades de los adolescentes, independientemente de su origen, sus capacidades o su ubicación geográfica. Para que las medidas de salud sean accesibles e integradoras, es preciso eliminar las barreras —financieras, culturales o geográficas— que puedan impedir la plena participación de algunos grupos o personas. Al promover la equidad y la inclusión, es posible captar mejor en las mediciones las diversas experiencias y dificultades a las que se enfrentan los adolescentes en materia de salud, lo que conduce a intervenciones más adaptadas y eficaces que tratan las necesidades específicas de todos los miembros del grupo de población *(26)*.

4.6 Desglose

El desglose es una manera eficaz de mejorar la información que puede extraerse de los datos. Si bien los promedios para el conjunto de la población adolescente son medidas resumidas útiles y pueden ser fáciles de seguir y comunicar, también pueden ocultar patrones que son relevantes para la programación y las consideraciones de equidad.

Para todos los indicadores aplicables, se propone un desglose normalizado por sexo y por grupos de edad de 5 años (concretamente, de 10 a 14 y de 15 a 19 años) *(27)*. Se considera que ese es el grado de desglose mínimo útil para la programación y la sensibilización. Se recomienda desglosar los datos por otras características en el caso de determinados indicadores, tal y como se describe en los cuadros de indicadores correspondientes del capítulo 3.

En algunos contextos, puede ser conveniente y necesario un mayor desglose; sin embargo, es importante seleccionar cuidadosamente las dimensiones. No es posible desglosar todos los datos por todas las dimensiones que podrían ser de interés: cada dimensión de desglose tiene implicaciones en términos de tiempo, esfuerzo y dinero, tanto en la generación como en el uso de los datos. Además, algunas dimensiones del desglose (por ejemplo, la etnia, la condición migratoria o la orientación sexual) pueden ser social o políticamente delicadas. Por consiguiente, hay que sopesar las necesidades detenidamente cuando se planifique el grado de desglose que se aplicará a la recopilación y el uso de los datos *(28, 29)*.

Teniendo en cuenta que tanto la disponibilidad de datos desglosados como las metodologías de medición específicas pueden variar según la fuente de datos, en la siguiente lista no exhaustiva se describen las características adicionales que suelen estar disponibles para el desglose general.

- Edad: los datos suelen recogerse por cada año de edad, lo que significa que, más allá de los grupos de edad recomendados de 5 años, pueden desglosarse además por otros grupos de edad; por ejemplo, los correspondientes a los niveles de escolarización.
- Sexo: Si bien la recopilación de datos sobre el sexo en términos binarios (hombre/mujer) es una práctica habitual en la mayoría de los esfuerzos de recopilación de datos a gran escala, la recopilación de datos sobre la identidad de género sigue siendo relativamente infrecuente y no existen normas internacionales al respecto *(30)*.
- Residencia: Lo habitual es desglosar los datos en función del lugar de residencia en urbana/rural y la residencia regional subnacional; puede haber otras clasificaciones respecto

de la residencia en función del contexto (por ejemplo, zona periurbana, zona urbana marginal, campo de refugiados; niveles administrativos subnacionales inferiores).

- Estado civil: El desglose de datos por estado civil puede ser de especial importancia para algunos temas, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva. A menudo no hay dificultades para determinar el estado civil, mientras que es menos frecuente disponer de datos sobre la cohabitación, en función del contexto.

Según la fuente de datos, es posible que en algunos contextos se disponga de otras dimensiones de desglose:

- la situación de escolarización, es decir, si está escolarizado o no en un momento dado, y el nivel de estudios;
- la riqueza o pobreza de los hogares o un indicador indirecto como la seguridad alimentaria de los hogares;
- la condición de grupo de población vulnerable, por ejemplo, adolescentes con discapacidad, pertenencia a un grupo étnico específico, emigrantes (pero, como ya se ha señalado, el deseo de disponer de más información debe sopesarse frente a los posibles perjuicios); y
- la situación de vida, es decir, si vive solo o con su familia (incluidas las características familiares como el tamaño de la familia y los hogares nucleares frente a los de familia extensa y, potencialmente, la situación de orfandad y las disposiciones de acogida).

En particular, en algunos casos, quizá sea pertinente y factible disponer de varios niveles de desglose.

Jilda Mazira recibiendo su vacuna Pfizer COVID-19, Asentamiento de Refugiados de Palorinya , Uganda.
© UNICEF/UN0660689/Rutherford

5. De los indicadores a la acción

Los indicadores de salud del adolescente recomendados por GAMA sirven de base para determinar prioridades, asignar recursos adecuados, supervisar y evaluar programas y defender los intereses de este grupo de población tan importante. Estos 47 indicadores reflejan aspectos universales de la salud del adolescente y constituyen una base para una medición exhaustiva, si bien es posible que los países deban considerar temas adicionales pertinentes para sus propios contextos. Para pasar de una lista de indicadores a medidas concretas es necesario un esfuerzo de colaboración que incluye localizar los datos existentes, colmar las lagunas detectadas y aprovechar las oportunidades de modo que los datos sirvan para efectuar cambios.

5.1 Catalogación de los datos

Todos los países disponen de datos relacionados con la salud del adolescente, aunque esos datos sean limitados o difieran de las recomendaciones de GAMA (por ejemplo, si no cubren toda la franja de edad de 10 a 19 años). El punto de partida para aplicar los indicadores recomendados por GAMA consiste en comprender de qué datos se dispone ya a nivel nacional y dónde existen lagunas.

Primer paso: Delimitación de todas las fuentes de datos pertinentes

Es imprescindible disponer de múltiples fuentes de datos para poblar el conjunto de indicadores recomendados por GAMA. Es importante averiguar qué fuentes de datos existen en un país y comprender las características básicas de cada fuente, incluida la población de interés, el método de recopilación de los datos y el calendario y la frecuencia de la recopilación y tabulación de los datos.

Es fundamental comprender en qué medida las fuentes de datos incluyen a la población adolescente. ¿Se incluye a todos los adolescentes de todas las edades (es decir, de 10 a 19 años)? ¿Existen subpoblaciones que puedan quedar sistemáticamente excluidas de la fuente de datos, como las que no están escolarizadas o las que no residen legalmente en el país? ¿Pueden desglosarse los datos por edad y sexo como mínimo? En el caso de las encuestas, ¿se ha seleccionado la muestra científicamente y es lo suficientemente grande como para producir estimaciones precisas y representativas?

En el cuadro 2 se ofrece una visión general de la cobertura de los indicadores recomendados por GAMA en determinados programas de encuestas mundiales.

Segundo paso: Recopilación de datos para los indicadores recomendados por GAMA

Una vez determinadas las fuentes de datos, se pueden rellenarse los indicadores correspondientes recomendados por GAMA. Debe prestarse atención a las posibles diferencias entre los detalles (por ejemplo, numerador, denominador) de los datos disponibles y los detalles especificados en el indicador recomendado por GAMA correspondiente (tal y como se describe en los cuadros de indicadores del capítulo 3 de este documento). Incluso las diferencias más sutiles pueden afectar a la forma de interpretar y utilizar los datos. Cuando un indicador recomendado por GAMA no pueda calcularse tal como se especifica a partir de los datos fuente, pero exista un indicador similar, puede utilizarse, especialmente a corto plazo, como sustituto del indicador recomendado por GAMA.

Más allá del desglose por edad y sexo, que debería ser un componente sistemático de los indicadores recomendados por GAMA siempre que sea posible, es importante tener en cuenta otras posibles dimensiones de desglose para comprender mejor la variación entre subgrupos específicos de la población adolescente (véase el apartado 4.6).

Tercer paso: Detección de las lagunas en los datos

Una vez recopilados los datos existentes para los indicadores recomendados por GAMA, cabe determinar cuáles son los indicadores sobre los que no se dispone de datos y adoptar las medidas necesarias para colmar las lagunas. Es importante destacar que, si bien se recomienda medir los 47 indicadores de salud del adolescente, es posible que los países deban dar prioridad a colmar las brechas que guarden relación con las prioridades nacionales y que puedan resolverse más fácilmente porque, por ejemplo, puedan incorporarse fácilmente a los sistemas ya existentes de recopilación de datos.

En particular, las encuestas de población son la fuente de datos más habitual en el conjunto de indicadores recomendados por GAMA. De hecho, son la fuente de datos preferida para 34 indicadores y constituyen una posible fuente de datos para otros 7 de ellos. Esto significa que las encuestas poblacionales sistemáticas que incluyan a los adolescentes son de vital importancia para obtener información sobre su salud.

Cuadro 2. Medición actual de los indicadores de salud del adolescente de GAMA en los programas de encuestas mundiales seleccionados

Ámbito	Encuesta sobre la política de SRMNCAH					Tipo de indicador
Políticas, programas y leyes	Programa nacional de salud del adolescente			Exenciones para los adolescentes del pago de las tasas por la utilización de servicios de salud		Básicos
	Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a los adolescentes			Restricciones legales para acceder a los servicios de salud		Adicionales
	EDS	**MICS**	**VACS**	**GSHS**	**HBSC**	
Desempeño de los sistemas de salud e intervenciones	Cobertura de la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH)	Cobertura de la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH)		Cobertura de la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH)		Básicos
						Adicionales
Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y ambientales de la salud	Proporción de población adolescente	Proporción de población adolescente		Inseguridad alimentaria		Básicos
	Finalización de los estudios	Finalización de los estudios				Adicionales
	Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mayores	Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes mayores				
		Adolescentes del que no están estudiando, trabajando ni recibiendo formación				
Comportamientos y riesgos en materia de salud	Sobrepeso y obesidad	Ingesta de alcohol	Uso de preservativo en la última relación sexual	Sobrepeso y obesidad	Sobrepeso y obesidad	Básicos
	Delgadez	Consumo de tabaco	Violencia física	Delgadez	Delgadez	Adicionales
	Ingesta de alcohol	Primera relación sexual antes de los 15 años	Violencia sexual por contacto	Ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol	Consumo de cannabis	
	Primera relación sexual antes de los 15 años	Conocimiento de la menstruación antes de la menarquia		Ingesta de alcohol	Uso de preservativo en la última relación sexual	
	Uso de anticonceptivos en la última relación sexual (método moderno)	Uso de preservativo en la última relación sexual		Consumo de tabaco		
	Uso de preservativo en la última relación sexual	Demanda de planificación familiar satisfecha (método moderno)		Consumo de cigarrillos electrónicos		
	Demanda de planificación familiar satisfecha (método moderno)	Atención cualificada durante el parto		Consumo de cannabis		
	Atención cualificada durante el parto			Primera relación sexual antes de los 15 años		
	Violencia física			Uso de preservativo en la última relación sexual		
	Violencia sexual por contacto			Intimidación		
	Violencia sexual antes de los 18 años			Violencia física		
Bienestar subjetivo		Alguien con quien hablar de sus problemas		Alguien con quien hablar de sus problemas	Relaciones familiares positivas	Básicos
						Adicionales
Resultados y afecciones de salud	Tasa de nacimientos de adolescentes	Tasa de nacimientos de adolescentes		Intento de suicidio		Básicos
	Prevalencia del VIH	Intento de suicidio				Adicionales
	Anemia	Síntomas de depresión/ansiedad				
		Solicitud de atención por depresión/ansiedad				

EDS: encuesta demográfica y de salud; GSHS: Encuesta Mundial de Salud a Escolares; HBSC: Health Behaviour in School-aged Children study; MICS: encuesta de indicadores múltiples por conglomerados; SRMNCAH: encuesta de políticas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente; VACS: encuestas sobre la violencia contra los niños y los jóvenes.

Notas: Para cada uno de los seis programas de encuestas seleccionados, la tabla presenta los indicadores del conjunto de indicadores recomendados por GAMA que son medidos por el programa de encuesta, incluso si el rango de edad varía de la recomendación de GAMA.

Los indicadores básicos son los más esenciales para medir la salud de todos los adolescentes a nivel mundial. Los indicadores adicionales son aquellos proporcionados para entornos donde más detalles dentro de un tema añadirían valor, y donde hay recursos disponibles para la recolección y reporte de datos.
Fuente: Marsh AD et al 2024 *(22)*

5.2 Uso de los datos

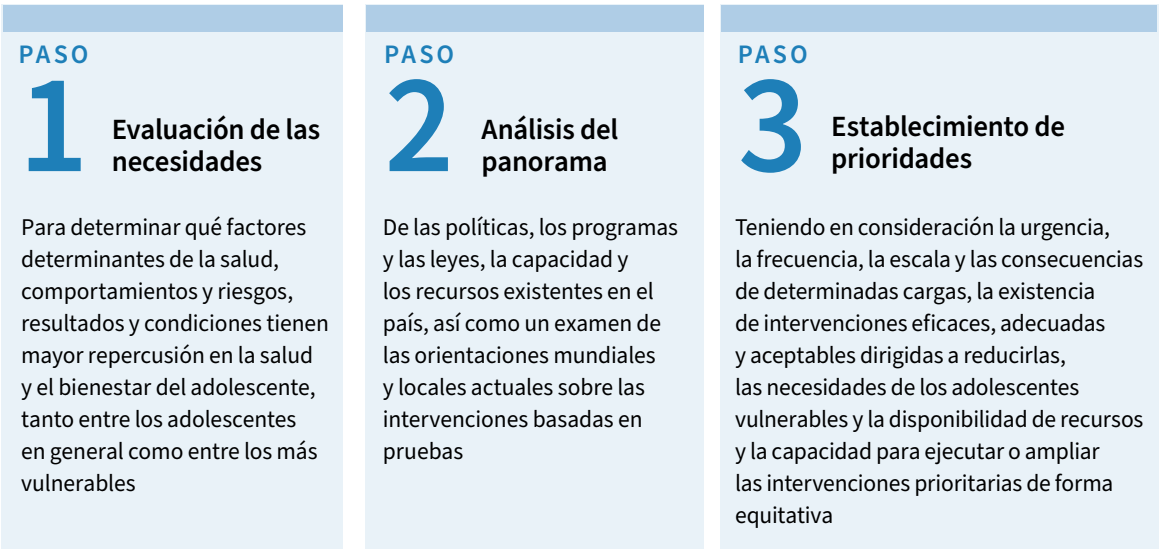
La cartografía de los indicadores recomendados por GAMA no es más que el punto de partida. Los indicadores son una mera herramienta para mejorar la salud y el bienestar del adolescente. Si los indicadores recomendados por GAMA se incorporan a los procesos nacionales clave y a los esfuerzos de los países para hacer avanzar los programas dirigidos a los adolescentes, se garantizará su uso continuo y coherente. Si bien se recomienda el seguimiento de todos los indicadores presentados en este documento para evaluar exhaustivamente la salud del adolescente, los países pueden optar por centrarse inicialmente en un subconjunto de indicadores en función del contexto y las prioridades nacionales.

Establecimiento de las prioridades de los programas de salud del adolescente

En la guía para la aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!), se describen las buenas prácticas para que los gobiernos planifiquen y ejecuten sistemáticamente programas de salud y bienestar del adolescente basados en prioridades que estén fundamentadas en pruebas científicas *(7)*. En la figura 3 se presenta el enfoque estructurado de la Guía AA-HA! para establecer las prioridades nacionales mediante un proceso de tres pasos.

Debido a su amplio alcance temático, los indicadores recomendados por GAMA son un recurso idóneo para fundamentar el proceso de priorización. Más allá de las dimensiones mínimas de desglose especificadas en los cuadros de indicadores de este documento, si pudiera lograrse un mayor desglose de los datos, serviría de base empírica para una programación que tenga en cuenta la equidad. En particular, el uso de los indicadores recomendados por GAMA proporcionará coherencia en la medición a lo largo del tiempo, lo que permitirá a los países hacer un seguimiento de las tendencias y reevaluar periódicamente sus prioridades.

Figura 3. Proceso en tres etapas para establecer prioridades de los programas de salud del adolescente



Fuente: Adaptado de OMS 2023 *(7)*

Fundamentos de los planes estratégicos

Al incorporar los indicadores recomendados por GAMA a las estrategias, los planes y las medidas de salud nacionales, así como a los mecanismos para supervisarlos y evaluarlos, se facilitará un seguimiento constante de los avances. Para ello será necesario revisar las prioridades nacionales a fin de comprender qué indicadores recomendados por GAMA pueden ser más útiles, así como determinar qué indicadores se han utilizado en el pasado. Si ya se han incluido indicadores similares en un plan o documento estratégico, pero no idénticos a los recomendados por GAMA, será necesario examinar los datos para comprender las diferencias y tratar de armonizarlos. Este proceso de revisión también facilitará el establecimiento de objetivos adecuados mediante los indicadores recomendados por GAMA.

Intensificación de la promoción

Los indicadores de salud del adolescente recomendados por GAMA constituyen un marco común para recopilar datos clave sobre la salud del adolescente. El uso de un conjunto común de indicadores garantiza la comparabilidad a lo largo del tiempo y entre las distintas partes de un país. Esto significa que los mensajes pueden ser más claros y precisos, especialmente para los líderes políticos, los administradores de los servicios para adolescentes (como las escuelas) y otros públicos no técnicos. También resultará más sencillo para todos los defensores del bienestar de los adolescentes familiarizarse con unos pocos indicadores importantes y referirse a ellos de forma sistemática, independientemente de su nivel de conocimientos. Además, un conjunto común de indicadores facilita las comparaciones entre países y es una herramienta eficaz para la promoción política y el intercambio de experiencias.

5.3 Factores clave para lograr los objetivos

Participación del adolescente

Los adolescentes y sus defensores tienen una función importante en la aplicación de los indicadores recomendados por GAMA. Si bien la recopilación y el análisis de datos son procesos de carácter muy técnico y requieren una formación avanzada, la participación de los adolescentes y sus defensores en el establecimiento de las prioridades de programación y de medición es crucial, y pueden convertirse tanto en adalides como en usuarios de los datos. Deben tomarse medidas para garantizar una participación inclusiva, de modo que esté representada toda la diversidad de los adolescentes.

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

OMS 2023 (7)

Participación de las partes interesadas

La colaboración multisectorial es esencial para medir la salud y el bienestar del adolescente. Los programas para adolescentes deben incluir diferentes sectores; por ejemplo, el sector de la salud, la educación y el empleo deben trabajar juntos. Los datos para los indicadores recomendados por GAMA pueden obtenerse de distintas fuentes nacionales, como la Oficina Nacional de Estadística, el Ministerio de Salud o el Ministerio de Educación. Esto significa que es esencial seleccionar, convocar y colaborar con las partes interesadas. También es importante tener en cuenta la función de los donantes y asegurarse de que participan en los debates sobre la producción y el uso de los datos para facilitar su propia adopción de los indicadores.

« Los mayores beneficios para el bienestar del adolescente son el resultado de acciones multisectoriales. »

OMS 2023 (7)

Infraestructura de datos adecuada

Más allá de la cartografía de indicadores descrito en la sección 5.1, todos los países deben revisar su infraestructura vigente de datos sobre la salud del adolescente, incluidas las deficiencias en los procesos relacionados con los datos. Un análisis del sistema general de recopilación y uso de datos —incluida la forma en que interactúan las distintas partes del sistema y cómo se utilizan (o no) los datos— puede ayudar a arrojar luz sobre los aspectos en los que existe margen de mejora. Todos los países deben detectar las áreas susceptibles de mejora y determinar los pasos necesarios para afrontarlas. Una parte de este proceso consistirá en aclarar qué recursos financieros, técnicos u organizativos adicionales se necesitan, en su caso, para trabajar hacia la plena disponibilidad de datos exhaustivos sobre la salud del adolescente.

5.4 Llamado a la acción

El conocimiento actual de la salud del adolescente está limitado por la falta de datos exhaustivos. En este capítulo se describen opciones para que los países puedan hacer frente a esta situación mediante el uso de los indicadores recomendados por GAMA con el fin de detectar y, posteriormente, subsanar las considerables lagunas de datos. También se destaca la importancia de utilizar la información disponible sobre estos indicadores para impulsar medidas que mejoren la salud del adolescente. El proceso para lograrlo se basa en el planteamiento claramente establecido que se describe en la guía AA-HA! y requiere la participación sin ambages de un amplio abanico de partes interesadas nacionales, incluidos los propios adolescentes. Los agentes internacionales, incluida la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas y los distintos grupos de medición, deben apoyar a los países en estos esfuerzos. Esa ayuda pasa por proporcionar asistencia técnica para la aplicación y el uso de los indicadores y los datos correspondientes, y por promover una mayor armonización de los esfuerzos de medición regionales y mundiales con las recomendaciones presentadas en este documento.

Frente a múltiples y complejos retos, como la reaparición de pandemias mundiales y la intensificación de las crisis humanitarias, los adolescentes han demostrado ser eficaces movilizadores y agentes de cambio dentro y fuera de sus comunidades. Mientras siguen alzándose para hacer frente a las dificultades a las que se enfrenta esta generación y la siguiente, nuestra resiliencia colectiva depende de su capacidad para estar y mantenerse sanos. Hacemos un llamamiento a los asociados para que inviertan sin demora en la salud del adolescente y en su medición: no habrá mejor momento.

Integrantes del colectivo Art-Blast en el Centro de Desarrollo y Liderazgo Juvenil en Soledad, Colombia.
© UNICEF/ UN0849332/Elba Bayona

6. Referencias

1. Estado de la Población Mundial 2023. 8.000 millones de vidas, infintas posibilidades: argumentos a favor de los derechos y libertades. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2023 (https://www.unfpa.org/es/swp2023, consultado el 2 de febrero de 2024).

2. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(387):2423–78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.

3. Newby H, Marsh AD, Moller A-B, Adebayo E, Azzopardi PS, Carvajal L et al. A scoping review of adolescent health indicators. J Adolesc Health. 2021;69(69):365–74. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.04.026.

4. Guthold R, Moller A-B, Azzopardi P, Ba MG, Fagan L, Baltag V et al. The Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA) initiative – rethinking adolescent metrics. J Adolesc Health. 2019;64(64):697–9. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.03.008.

5. The Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA). Geneva: World Health Organization. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 (https://www.who.int/groups/the-global-action-for-measurement-of-adolescent-health, consultado el 2 de febrero de 2024).

6. Guthold R, Moller A-B, Adebayo E, Carvajal L, Ekman C, Fagan L et al. Priority areas for adolescent health measurement. J Adolesc Health. 2021;68(68):888–98. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.12.127.

7. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373300, consultado el 2 de febrero de 2024).

8. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Glob Health. 2018;6(2):e152–68. doi:10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

9. Valentine NB, Koller TS, Hosseinpoor AR. Monitoring health determinants with an equity focus: a key role in addressing social determinants, universal health coverage, and advancing the 2030 sustainable development agenda. Glob Health Action. 2016;9(1).

10. Reiner Jr RC, Olsen HE, Ikeda CT, Echko MM, Ballestreros KE, Manguerra H et al. Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. JAMA Pediatr. 2019;173(6):e190337. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0337.

11. Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, Engel D, Zeck W, Fagan L et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. J Adolesc Health. 2020;67(67):472–6. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.06.042.

12. Global health estimates. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 (https://www.who.int/data/global-health-estimates, consultado el 2 de febrero de 2024).

13. Measuring mental health among adolescents and young people at the population level (MMAPP) – overview. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://data.unicef.org/resources/mmap, consultado el 9 de febrero de 2024).

14. Priority list of indicators for girls' menstrual health and hygiene: technical guidance for national monitoring. Nueva York: Global MHH Monitoring Group. Universidad de Columbia; 2022 (https://www.publichealth.columbia.edu/research/programs/gate/monitor-mhh/monitoring-resources, consultado el 9 de febrero de 2024).

15. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2021 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/55711, consultado el 8 de febrero de 2024).

16. Adolescent Well-being Measurement Expert Consultative Group [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 (https://www.who.int/groups/adolescent-well-being-measurement-expert-consultative-group, consultado el 2 de febrero de 2024).

17. INSPIRE indicator guidance and results framework – ending violence against children: how to define and measure change. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 (https://www.who.int/publications/m/item/inspire-indicator-guidance-and-results-framework, consultado el 2 de febrero de 2024).

18. Core indicators for child unintentional injury: The George Institute for Global Health; 2024 (https://www.georgeinstitute.org/projects/developing-a-core-list-of-action-oriented-indicators-for-child-unintentional-injury, consultado el 21 de febrero de 2024).

19. Marsh AD, Moller A-B, Saewyc E, Adebayo E, Akwara E, Azzopardi P et al. Priority indicators for adolescent health measurement – recommendations from the Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA) Advisory Group. J Adolesc Health. 2022;71(71):455–65. doi:10.1016/j.jadohealth.2022.04.015.

20. Kågesten A, Marsh A, Storey S, Abduvahobov P, Adebayo E, Amezquita Velasquez A et al. Exploring a preliminary set of indicators to measure adolescent health: results from a 12-country feasibility study. J Adolesc Health. 2024;74:S66–79. doi:10.1016/j.jadohealth.2024.01.017.

21. Newby H, Massaquoi L, Guthold R, Saewyc E, Abduvahobov P, Adebayo E et al. Towards harmonized adolescent health measurement: assessing between current recommendations and the Global Action for Measurement of Adolescent health-recommended indicators. J Adolesc Health 2024;74:S56–65. doi:10.1016/j.jadohealth.2024.01.018.

22. Marsh A, Newby H, Storey S, Yeung D, Diaz T, Baltag V et al. Indicators to measure adolescent health at the country, regional, and global levels: results of a five-year selection process by the Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA). J Adolesc Health 2024;74:S31–46 doi:10.1016/j.jadohealth.2024.02.010.

23. Global consensus statement on meaningful adolescent and youth engagement. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2020 (https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/global-consensus-statement-on-meaningful-adolescent-and-youth-engagement, consultado el 2 de febrero de 2024).

24. Azzopardi P, Kennedy E, Patton G. Data and indicators to measure adolescent health, social development and well-being. Innocenti Research Brief; 2017. (https://www.unicef-irc.org/publications/876-data-and-indicators-to-measure-adolescent-health-social-development-and-well-being.html, consultado el 8 de febrero de 2024).

25. Directrices para las consideraciones éticas en la planificación y evaluación de estudios de investigación sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/273792, consultado el 2 de febrero de 2024).

26. International ethical guidelines for health-related research involving humans. CABI Digital Library; 2024 (https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20173377536, consultado el 2 de febrero de 2024).

27. Diaz T, Strong KL, Cao B, Guthold R, Moran AC, Moller A-B et al. A call for standardised age-disaggregated health data. Lancet Healthy Longev. 2021;2(7):e436–43. doi:10.1016/S2666-7568(21)00115-X.

28. Donse M, Ivanov A, Bizzarri V, Madsen A, Piggott H, Williams N et al. Disaggregated data and human rights: law, policy and practice. Colchester: University of Essex Human Rights Centre Clinic; 2013 (https://www1.essex.ac.uk/hrc/careers/clinic/documents/disaggregated-data-and-human-rights-law-policy-and-practice.pdf, consultado el 2 de febrero de 2024).

29. Enfoque de datos basados en derechos humanos que nadie se quede atrás en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2018 (https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, consultado el 9 de febrero de 2024).

30. Colaço R, Watson-Grant S. A global call to action for gender-inclusive data collection and use. RTI Press Policy Brief. Research Triangle Park: RTI Press; 2021 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589469/, consultado el 19 de febrero de 2024).

Organización Mundial de la Salud
Departmento de Salud de la Madre,
el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente,
y Envejecimiento

Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

gama@who.int
https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing

9789240095472