

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

Orientación para apoyar la aplicación en los países

Segunda edición

ONUSIDA · unesco · UNFPA · WFP Programa Mundial de Alimentos

unicef | para cada infancia · ONU MUJERES · The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health · OPS Organización Panamericana de la Salud · Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas

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

Orientación para apoyar la aplicación en los países

Segunda edición

Washington, D.C., 2024

ONUSIDA unesco UNFPA WFP Programa Mundial de Alimentos

unicef | para cada infancia ONU MUJERES The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Américas

Versión oficial en español de la obra original
Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition
© Organización Mundial de la Salud, 2023
ISBN: 978-92-4-008176-5 (versión electrónica)

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): orientación para apoyar la aplicación en los países, segunda edición

ISBN: 978-92-75-32913-9 (PDF)
ISBN: 978-92-75-12913-5 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



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

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

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (*Guía AA-HA!*): orientación para apoyar la aplicación en los países, segunda edición. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275329139.

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

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

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

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

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

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

HSS/HL/2024

Índice

Prólogo vi

Agradecimientos ix

Abreviaciones x

Glosario xii

Resumen xv

Introducción 1

Capítulo 1.La *Guía AA-HA!*: promover la inversión en la salud y el bienestar de la población adolescente 5

1.1 Avances científicos, políticos y programáticos en materia de salud y bienestar adolescentes 8

1.2 ¿Por qué invertir en la salud y el bienestar adolescentes? 13

1.3 ¿Qué tiene de especial la adolescencia? 16

1.3.1 Determinantes a nivel individual 17

1.3.2 Determinantes a nivel interpersonal y comunitario 18

1.3.3 Factores determinantes a nivel institucional, ambiental y estructural 18

1.4 La COVID-19 y otras amenazas actuales y oportunidades para el bienestar adolescente 20

1.4.1 Enseñanzas compartidas de la pandemia de COVID-19 20

1.4.2 Cambio climático 21

1.4.3 Conflictos armados y desplazamientos 22

1.4.4 Oportunidades 22

Capítulo 2. Estado actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo 23

2.1 Panorama de la población adolescente y de la carga de mortalidad y morbilidad 27

2.1.1 Carga de mortalidad 28

2.1.2 Carga de morbilidad 32

2.2 Panorama de los factores de riesgo para la salud y el bienestar adolescentes 36

2.3 Panorama de los factores protectores para la salud y el bienestar adolescentes 37

2.4 Algunos resultados y determinantes de la salud y el bienestar adolescentes 38

2.4.1 Traumatismos no intencionales 38

2.4.2 Violencia 38

2.4.3 Salud sexual y reproductiva, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 39
2.4.4 Enfermedades transmisibles 41
2.4.5 Enfermedades no transmisibles 42
2.4.6 Salud mental 44
2.4.7 Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas 45
2.4.8 Consumo de tabaco 45
2.4.9 Actividad física y sedentarismo 46
2.4.10 Nutrición 46
2.5 Entornos frágiles o de crisis humanitarias 47

Capítulo 3. Comprender lo que funciona: conjunto de intervenciones de la *Guía AA-HA!* basadas en la evidencia 49

3.1 Conceptualización de las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes 52
3.2 Intervenciones para promoverla salud y el desarrollo positivo 53
3.3 Intervenciones para prevenir los traumatismos no intencionales 56
3.4 Intervenciones para prevenirla violencia 60
3.5 Intervenciones de salud sexual y reproductiva, entre ellas las intervenciones relacionadas con la infección por el VIH 65
3.6 Intervenciones contra las enfermedades transmisibles 72
3.7 Intervenciones contra las enfermedades no transmisibles 77
3.8 Intervenciones para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental 79
3.9 Intervenciones para abordar el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas 84
3.10 Intervenciones para abordar el consumo de tabaco 87
3.11 Intervenciones en materia de actividad física y comportamiento sedentario 89
3.12 Intervenciones en materia de nutrición de la población adolescente 90
3.13 Intervenciones en entornos frágiles o de crisis humanitarias 95

Capítulo 4. Establecer prioridades nacionales 97

4.1 Evaluación de las necesidades 102
4.2 Análisis del panorama 105
4.3 Establecimiento de prioridades 107
4.4 Otras consideraciones 109
4.4 Otras consideraciones 109

Capítulo 5. Programación: traducirlas prioridades en acciones y planes 111

5.1 Un marco lógico para convertir las prioridades en planes y programas 114
5.2 Planificación de la acción multisectorial 118
5.2.1 Dos vías para la programación para el bienestar adolescente 118
5.2.2 Enfoques de la acción multisectorial 119
5.2.3 Crear liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales 122

5.2.4 Garantizar la participación significativa de adolescentes y jóvenes 123
5.2.5 Asegurar el financiamiento para los programas de bienestar adolescente 131
5.2.6 Atención renovada a los programas de salud escolar y de salud mental 138
5.2.7 Abordar la salud y el bienestar adolescentes en los entornos frágiles o de crisis humanitarias 142
5.2.8 Enfoques programáticos transformadores en materia de género 145
5.3 Áreas y estrategias de ejecución en sectores clave 147
5.3.1 Salud 147
5.3.2 Educación 167
5.3.3 Protección social 172
5.3.4 Sistema de justicia penal 173
5.3.5 Trabajo 177
5.3.6 Telecomunicaciones 179
5.3.7 Vías y transporte 182
5.3.8 Planificación urbana, de viviendas y de parques industriales 184
5.3.9 Energía 186
5.3.10 Medio ambiente 188

Capítulo 6. Seguimiento, evaluación e investigación 191

6.1 Panorama de los marcos mundiales y de la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente 194
6.2 Sistemas de recopilación de datos para los indicadores de la salud y del bienestar adolescente 199
6.3 Bases de datos mundiales sobre salud adolescente 200
6.4 Desglose de los datos de salud para el seguimiento de la desigualdad 200
6.5 Seguimiento y evaluación a nivel de los países de los programas para la salud y el bienestar adolescente 201
6.5.1 Programas de seguimiento de la salud y del bienestar adolescente 201
6.5.2 Evaluación de los programas de salud y bienestar adolescente 204
6.5.3 Apoyo a los países para el seguimiento de los programas de salud adolescente 205
6.6 Fomento de la investigación en materia de salud y bienestar adolescente 205
6.7 Participación de la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación 206

Conclusiones 209

Referencias 210

Prólogo

El año 2023 marcó el punto medio en el recorrido mundial hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y representó un momento importante para consolidar y avanzar en la promoción, el compromiso, la movilización de recursos y los esfuerzos conjuntos de todas las partes interesadas para invertir en la salud y el bienestar adolescentes.

La primera edición de *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países,* publicada hace seis años, contribuyó a llamar la atención sobre la necesidad de una respuesta integral a la salud adolescente al cabo de décadas de descuido. Desde la publicación en mayo del 2017, la OMS y los organismos de las Naciones Unidas que forman parte de la alianza H6 han colaborado estrechamente con los países para ayudarlos a elaborar y actualizar sus estrategias y planes integrales en materia de salud adolescente. Hoy en día, muchos gobiernos más están invirtiendo en una nueva generación de programas de salud adolescente que sean integrales, se basen en la evidencia y se elaboren en estrecha colaboración con la población adolescente y joven.

En esta segunda edición de la *Guía AA-HA!* se avanza en los argumentos a favor de la inversión en materia de salud y bienestar adolescente. En primer lugar, se integran las enseñanzas obtenidas al aplicar la primera edición. En segundo lugar, se proporcionan los datos más recientes sobre los determinantes de la salud, la mortalidad, la morbilidad y el bienestar, y se presenta el consenso reciente en torno a los indicadores básicos en materia de salud y bienestar de la población adolescente. En tercer lugar, se aprovechan los importantes avances políticos y científicos desde el 2017 y se integra en el proceso programático el marco del bienestar adolescente, elaborado en colaboración con la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH, por su sigla en inglés) y los organismos de las Naciones Unidas que forman parte de la alianza H6. Por último, se incorporan las enseñanzas obtenidas en la pandemia de COVID-19.

Provistos de nuevos conocimientos sobre la manera en que la acción multisectorial puede contribuir a cosechar el dividendo triple de los beneficios para la población adolescente en el presente, para su vida adulta futura y para la próxima generación, tenemos una visión más clara de lo que se necesita y de la manera de lograrlo, así como de las medidas prioritarias y las inversiones mejoradas que se requieren con urgencia.

Nuestra labor para promover la salud y el bienestar adolescentes no tendrá éxito si no logramos que la población adolescente se sienta segura, respetada, empoderada, tratada con justicia y debidamente reconocida. Por esa razón se creó el Consejo Juvenil de la OMS, una red dinámica que amplificará las voces y experiencias de la población joven y aprovechará sus conocimientos, su energía y sus ideas para promover la salud pública.

La alianza de las Naciones Unidas establecida durante el proceso de elaboración de la primera edición de la *Guía AA-HA!* se ha consolidado en esta segunda edición. Trabajaremos junto con nuestros asociados mundiales para mejorar la salud y el bienestar de la población adolescente de hoy, de modo que las generaciones futuras tengan una mejor salud mañana.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General de la OMS

Helga Fogstad
Directora Ejecutiva, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (ASMRN)

La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH, por su sigla en inglés) se complace en haber participado en la segunda edición de la *Guía AA-HA!* La guía se basa en los cinco dominios del marco de bienestar adolescente, coordinado por PMNCH, y será fundamental para promover y alentar una mayor inversión económica, un cambio en las políticas y un rediseño programático a fin de fortalecer la creación de programas multisectoriales para el bienestar de la población adolescente en los países. Con objeto de apoyar a los asociados nacionales en la aplicación de la *Guía AA-HA!*, PMNCH y sus asociados están formulando los argumentos a favor de la inversión y los métodos de medición relativos al bienestar adolescente.

A partir de los principios de la colaboración significativa de la población adolescente y joven, formulados por el grupo de adolescentes y jóvenes de PMNCH, en la *Guía AA-HA!* se reconoce a la población adolescente y joven como copartícipe en el diseño y la aplicación de las estrategias, las políticas y los servicios que afectan su bienestar, sus comunidades y sus países. Si bien celebramos los éxitos, es necesario hacer mucho más para que este grupo poblacional alcance su máximo potencial, acelere su avance en relación con los ODS y establezca la agenda posterior al 2030. Estamos listos para apoyar los próximos pasos.

Winnie Byanyima
Directora Ejecutiva, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)

La segunda edición de la *Guía AA-HA!* refleja los progresos en el impulso para invertir en la salud y el bienestar en la adolescencia, y para abordar las desigualdades que impiden que la población adolescente y joven se beneficie de una amplia gama de servicios de salud esenciales, incluidos los servicios para la infección por el VIH. En esta guía se impulsa un enfoque multisectorial, multisistémico y dirigido por la población joven. Se ofrece evidencia firme a favor de intervenciones multisectoriales holísticas que reconozcan el vínculo entre la buena salud y la nutrición, la educación, las habilidades para la vida y la empleabilidad. Todo esto concuerda con la iniciativa Education Plus, impulsada por quince países de África y la Unión Africana y encabezada de manera conjunta por el ONUSIDA, la UNESCO, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el UNICEF y ONU-Mujeres. El propósito de esta iniciativa es garantizar que las adolescentes completen la educación secundaria y les brinda habilidades para la vida, acceso a servicios de salud adaptados a la juventud, entornos libres de violencia y oportunidades económicas después del horario escolar para prevenir la infección por el VIH, empoderarlas y, al hacerlo, cambiar la trayectoria del sida en el continente africano. También está en consonancia con nuestras acciones para apoyar el liderazgo juvenil en la respuesta al sida y reunir a múltiples asociados en torno a las iniciativas centradas en la población joven en todo el mundo.

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

La evidencia es irrefutable: una educación de calidad es fundamental para la salud y el bienestar. Y para que los niños, niñas y adolescentes disfruten de la escuela y aprendan, deben estar bien nutridos y saludables.

La UNESCO celebra que se publique esta edición revisada de la *Guía AA-HA!*, en la que se muestra cómo aprovechar el vínculo simbiótico entre la educación y la salud, y se asimilan las enseñanzas de la pandemia de COVID-19 y de la aplicación de la primera edición. Este documento de orientación traza el rumbo hacia un enfoque de la salud adolescente que sea multisectorial, integral y basado en la evidencia, y destaca la función crucial que tienen la educación y el hecho de incluir las voces de la población joven en la formulación de políticas, para enriquecer así nuestros sistemas educativos con sus perspectivas y su vitalidad.

Creemos que esta guía actualizada puede servir como una brújula indispensable para que los responsables de las políticas educativas y los prestadores de atención de salud de todo el mundo desempeñen un papel transformador para mejorar la educación, la salud y el bienestar de la población adolescente y, de ese modo, sienten una base firme para tener una generación futura más saludable, con mejor educación y más empoderada. Si trabajamos juntos, podremos lograr un porvenir más prometedor y sostenible para todas las personas.

Natalia Kanem
Secretaria General Adjunta de las Naciones Unidas y Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

En nuestro mundo, con ocho mil millones de habitantes, el futuro depende de la salud y el bienestar de nuestra población joven. Durante decenios, el Fondo de Población de las Naciones Unidas se ha asociado con la población joven para promover su salud sexual y reproductiva y su bienestar. Al escuchar las voces y perspectivas de la población adolescente, hemos aprendido mucho sobre lo que necesitan. Hemos comprendido las inversiones críticas que se requieren para garantizar que transiten sus años formativos con buena información y apoyo, de manera de que estén equipados para el trayecto hacia la edad adulta.

En la *Guía AA-HA!* actualizada se resume esta profusión de conocimientos y se destaca la necesidad apremiante de fortalecer, ampliar y apoyar las políticas y los programas en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente de todo el mundo. En ella se guía a los gobiernos, los responsables de las políticas, los gerentes de programas y los prestadores de servicios de salud hacia las iniciativas que han resultado eficaces

para dotar a la población adolescente de conocimientos, herramientas y recursos a fin de que tome decisiones fundamentadas sobre su salud sexual y reproductiva y su vida, promoviendo un futuro más saludable y equitativo para todas las personas.

Catherine Russell
Directora Ejecutiva, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Esta generación de adolescentes es la más numerosa que el mundo haya visto jamás, y enfrenta algunos de los desafíos más complejos en la historia mundial. Considerando dichos desafíos, desde los conflictos y el cambio climático hasta el aumento de la pobreza y las pandemias, la población adolescente de hoy tiene una amplia gama de necesidades en todo el espectro de la salud y el bienestar. Debemos esforzarnos por satisfacer esas necesidades de manera equitativa e integral para garantizar que la población adolescente de todo el mundo goce de una vida sana, feliz y productiva. En la presente guía se describen las intervenciones que son esenciales para reducir los riesgos y apoyar la salud y el bienestar en la adolescencia. El UNICEF se compromete a empoderar a la población adolescente, a quienes la cuidan y a sus comunidades para que se ocupen de manera proactiva de su propia salud y bienestar. También se compromete a acelerar las acciones que fortalezcan los sistemas de servicios sociales y la fuerza laboral conexa para apoyar mejor a la población adolescente y sus comunidades. Las inversiones en la adolescencia arrojan un dividendo triple: mejorar el bienestar de la población adolescente de hoy, mejorar las perspectivas futuras de la población joven y mejorar los resultados para las generaciones venideras.

Cindy McCain
Directora Ejecutiva, Programa Mundial de Alimentos (PMA)

El Programa Mundial de Alimentos (WPF, por su sigla en inglés) aborda las necesidades nutricionales de la población adolescente mediante programas de asistencia alimentaria, nutrición, atención de la infección por el VIH y alimentación escolar. Todo esto resulta esencial en entornos frágiles o de crisis humanitarias, donde la población joven suele tener problemas de desnutrición y las niñas son particularmente vulnerables a las deficiencias de micronutrientes.

Incrementar el acceso de la población adolescente a una alimentación nutritiva y asequible ofrece toda una gama de beneficios, apoya su desarrollo futuro y contribuye a que logren su máximo potencial.

La segunda edición de la *Guía AA-HA!* se basa en la evidencia y el conocimiento existentes, y pasa de un enfoque centrado en la salud a una estrategia integral que incluye poner fin al hambre y la desnutrición.

Al promover iniciativas intersectoriales e integradas, el documento genera más oportunidades para que los sectores de la educación y la protección social unan fuerzas con los especialistas en salud, a fin de maximizar el impacto de las inversiones en la nutrición, la salud y el bienestar a largo plazo de la población joven.

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agradece a todas las personas que han colaborado en este documento.

Valentina Baltag, del Departamento de la OMS de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento (MCA), y Titus Divala, consultor de la OMS, coordinaron la elaboración de la segunda edición de la *Guía AA-HA!* Los redactores principales fueron Valentina Baltag (introducción más capítulos 1, 4 y 5), Prerna Banati (capítulos 3 y 6), Titus Divala (capítulo 2), Regina Guthold (capítulos 2 y 6) y Lamin Massaquoi (estudios de casos).

Grupo de trabajo técnico
OMS

Wole Ameyan (Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e ITS [HSS]), Rachel Baggaley (HHS), Valentina Baltag (MCA), Prerna Banati (MCA), Anshu Banerjee (MCA), Faten Ben Abdelaziz (Promoción de la Salud), Paul Bloem (Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos), Annemieke Brands (Programa Mundial sobre Tuberculosis), Marie-Noel Brune-Drisse (Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud), Sonja Caffe (Oficina Regional para las Américas), Maria de las Nieves Garcia Casal (Nutrición e Inocuidad de los Alimentos), Venkatraman Chandra-Mouli (Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas [SRH]), Suvajee Good (Oficina Regional para Asia Sudoriental), Regina Guthold (MCA), Meleckidzedeck Khayesi (Determinantes Sociales de la Salud), Berit Kieselbach (Determinantes Sociales de la Salud), Sophie Marie Kostelecky (Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño [ASMRN]), Ouedraogo Leopold (Oficina Regional para África), Symplice Mbola Mbassi (Oficina Regional para África), Meheret Melles-Brewer (ASMRN), Anshu Mohan (ASMRN), Antonio Montresor (Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas), Gersende Moyse (MCA), Bhavya Durgesh Nandini (ASMRN), Taiwo Adedamola Oyelade (Oficina Regional para África), Nittita Prasopa-Plaizier (Oficina Regional para el Pacífico Occidental), Lisa Rogers (Nutrición e Inocuidad de los Alimentos), Sarah Rylance (Enfermedades No Transmisibles, Rehabilitación y Discapacidad [NCD]), Diah Satyani Saminarsih (Oficina de la Jefa de Gabinete, Oficina del Director General), Chiara Servili (Salud Mental y Consumo de Sustancias), Stephanie Shendale (Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos), Khalid Siddeeg (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental), Sudhvir Singh (Determinantes Sociales de la Salud), Karin Stenberg (Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud), Josaia Tiko (Oficina Regional para el Pacífico Occidental), Nuria Toro Polanco (Servicios de Salud Integrados) y Sabine Verkuijl (Programa Mundial sobre Tuberculosis).

Miembros externos del grupo de trabajo técnico

Shukti Anantha (Fundación YP), Christopher Castle (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]), Nazneen Damji (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres), Danielle Engel (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]), Egle Janusonyte (Red de Médicos Jóvenes de la Asociación Médica Mundial), Joanna Lai (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]), Souad Orhan (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA]), Mariana Reyes (organización "¿Y yo, por qué no?" [YYPN]), Enow Awah Georges Stevens (Organización para la Salud en el Desarrollo Sostenible) y Lindsey Wise (Programa Mundial de Alimentos).

Las siguientes personas aportaron valiosas sugerencias:

Elsie Akwara (SRH/OMS), Darryl Wade Barrett (Departamento de la OMS de Sistemas de Salud e Innovación), Shelly Chadha (NCD/OMS), Julia Gorman (Departamento de la OMS de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud), Elizabeth Katwan (MCA/OMS), Sarah Keogh (MCA/OMS), Dzmitry Krupchanka (OMS Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias), Yong Feng Liu (UNESCO), Wahyu Retno Mahanani (Departamento de la OMS de Datos y Análisis), Andrew Marsh (MCA/OMS), Andreas Mueller (NCD/OMS), Natschja Nash-Mendez (Departamento de la OMS de Salud Digital e Innovación), Mervat Nessim (Departamento de la OMS de Promoción de la Salud), Holly Newby (MCA/OMS), Emma Pearce (NCD/OMS), Leanne Riley (NCD/OMS), Óscar San Román (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Roberta Ortiz Sequeira (NCD/OMS) y Benoit Varenne (NCD/OMS).

Participantes de las consultas mundiales:

La OMS agradece a todos los participantes en los ocho talleres virtuales de consulta sobre el bienestar de la población adolescente, llevados a cabo en el 2021, quienes contribuyeron a orientar el contenido de la segunda edición. La OMS también agradece a los participantes en las consultas públicas que se realizaron en el 2023, que contemplaron consultas a jóvenes y una consulta con responsables de la formulación de políticas y personal académico, quienes aportaron sugerencias útiles sobre la versión preliminar del documento.

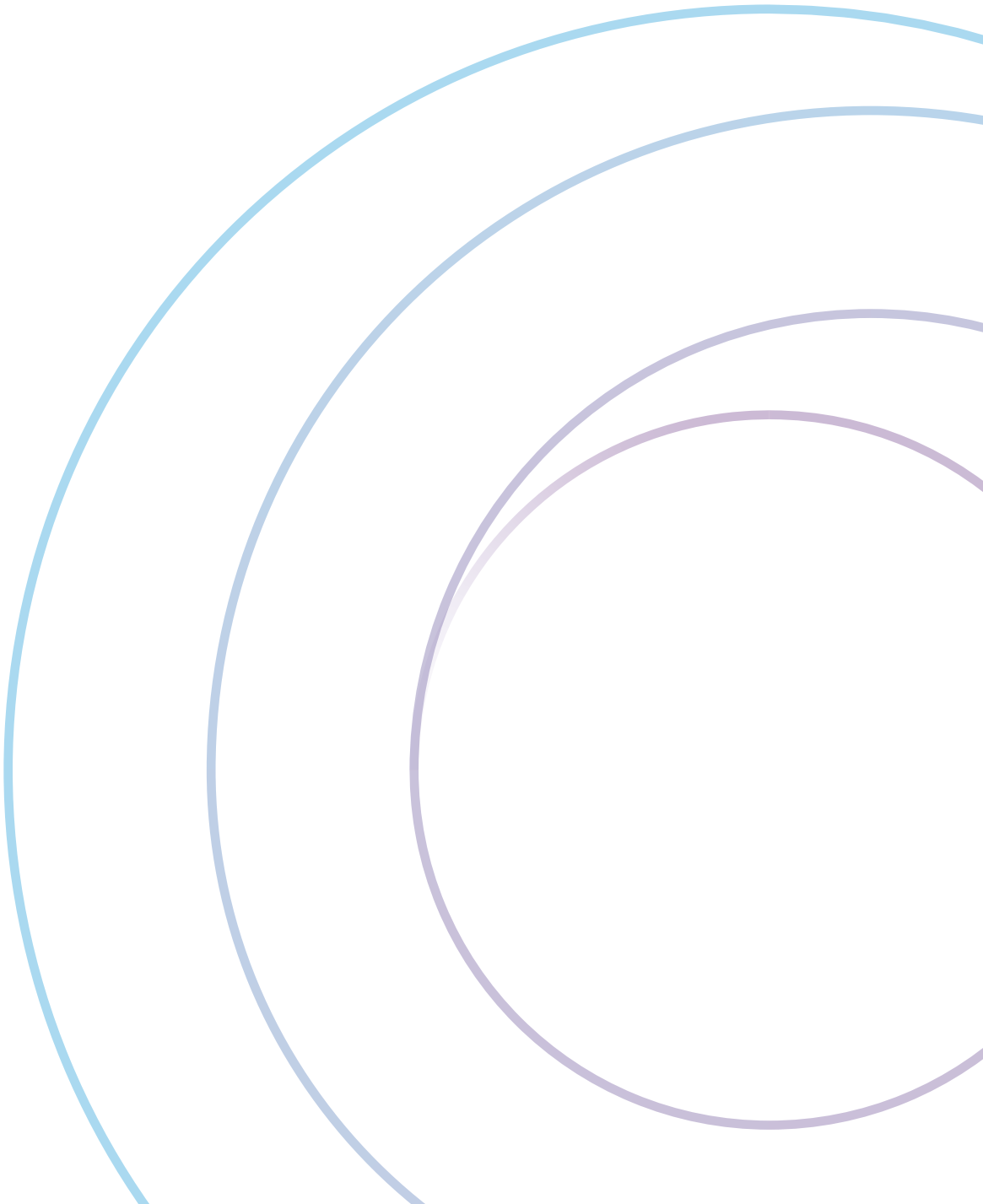
Apoyo administrativo: Gersende Moyse.

La Fundación Bill y Melinda Gates y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional brindaron apoyo financiero.

Abreviaciones

ADLAB	aprendizaje, acciones y evaluación comparativa en materia de salud adolescente (sigla en inglés)
ASMRN	Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
AVD	años vividos con discapacidad
CMMV	circuncisión médica masculina voluntaria
ENT	enfermedades no transmisibles
EPS	escuelas promotoras de la salud
GAMA	Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (sigla en inglés)
HEADSSS	hogar, educación, actividades o empleo, drogas, pensamiento suicida, sexualidad, seguridad
ITS	infección de transmisión sexual
LGBTI	lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales
MICS	encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (por su sigla en inglés)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ONU-Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
PIB	países de ingresos bajos
PIBM	países de ingresos bajos y medianos
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNAE	programa nacional de alimentación escolar
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
RCED	(sistemas de) registro civil y estadísticas demográficas
TAR	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TPT	tratamiento preventivo de la tuberculosis
UHC2030	Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

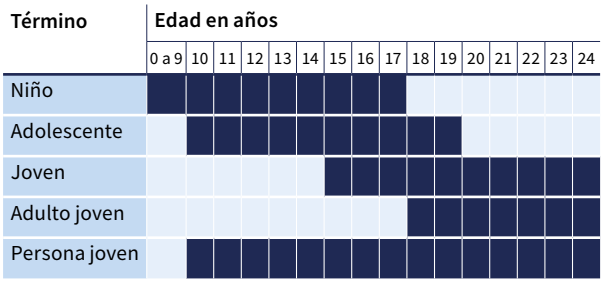
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VHS-2	virus del herpes simple tipo 2
VPH	virus del papiloma humano
WASH	agua, saneamiento e higiene (por su sigla en inglés)



Glosario

Adolescente: Persona entre los 10 y los 19 años de edad. La "primera adolescencia" abarca de los 10 a los 14 años ("adolescentes jóvenes"), mientras que la "segunda adolescencia" abarca de los 15 a los 19 años ("adolescentes mayores"). En el cuadro A se muestran las franjas etarias a las que se refieren los diversos términos empleados para describir a las personas menores de 25 años.

Cuadro A. Edades que abarcan los términos "niño", "adolescente", "joven", "adulto joven" y "persona joven"



Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2016 *(1)*.

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD): Medición que combina los años de vida que se estima que se pierden por la muerte prematura y los años de vida que se estima que se viven en un estado de salud que no es óptimo. La suma de los AVAD de una población es una manera de medir la diferencia entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal en la cual toda la población vive hasta una edad avanzada, sin enfermedades ni discapacidad.

Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP): Un AVP representa la pérdida de un año de vida. Los AVP se calculan a partir del número de muertes multiplicado por una esperanza de vida mundial estandarizada a la edad en que ocurre la muerte.

Años vividos con discapacidad (AVD): Un AVD representa el equivalente a un año completo de vida saludable perdido a consecuencia de alguna discapacidad o mala salud.

Bienestar adolescente: Situación en que la población adolescente cuenta con el apoyo, la confianza y los recursos para prosperar en el contexto de relaciones seguras y saludables, con lo que alcanza su potencial pleno y puede gozar de todos sus derechos.

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

Determinante: Todo factor que pueda afectar a la salud de la población adolescente y sus comunidades, como los factores personales, sociales, económicos y ambientales. Hay determinantes en diferentes niveles ecológicos: las características individuales (p. ej., la edad, las creencias, los ingresos y la posición social, la educación, las redes de apoyo social, la herencia genética, el género y el uso de los servicios de salud); el entorno inmediato (p. ej., progenitores, docentes, pares); los valores y las normas sociales (p. ej., las normas de género que restringen el acceso de las mujeres a la educación; el estímulo a los varones para que asuman riesgos relacionados con la salud); las políticas y las leyes (p. ej., las relacionadas con el tabaco y el alcohol); los factores macrosociales (p. ej., la distribución del dinero y los recursos); y el entorno físico y biológico (p. ej., la prevalencia de la malaria o el acceso a instalaciones sanitarias durante la menstruación). Algunos determinantes pueden estar interrelacionados y agrupados, y juntos afectan el desarrollo de la población adolescente y su capacidad para aprender y adquirir habilidades.

Dividendo demográfico: Crecimiento económico acelerado que puede ser consecuencia de una disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad en un país y del consiguiente cambio en la distribución etaria de la población. Con menos nacimientos cada año, la población joven y dependiente de un país se reduce en relación con la población en edad de trabajar. Al haber menos personas que mantener, la productividad de la población activa se incrementa, lo que aumenta el ingreso per cápita.

Enfermedades no transmisibles: Grupo de afecciones cuya causa principal no es una infección aguda, que tienen consecuencias para la salud a largo plazo y que a menudo conllevan la necesidad de tratamiento y atención a largo plazo.

Enfermedades transmisibles: Las enfermedades transmisibles o infecciosas son causadas por microorganismos como bacterias, virus, parásitos y hongos que pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra.

Entornos frágiles o de crisis humanitarias: Entornos en los que se enfrentan conmociones y desastres ambientales, económicos y sociales. Dichos entornos incluyen situaciones de conflicto y posteriores al conflicto, crisis transnacionales, países que han sufrido uno o varios desastres graves de origen natural,

y situaciones de inestabilidad socioeconómica o política prolongada. En tales entornos, los retos en materia de salud son particularmente agudos para los grupos itinerantes, las comunidades desplazadas dentro del país y las personas en campamentos temporales o para refugiados.

Equidad: Ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, que pueden definirse en términos sociales, económicos, demográficos, geográficos o por otros medios de estratificación. La equidad en la salud implica que, en condiciones ideales, todas las personas tengan una oportunidad justa para alcanzar su pleno potencial en materia de salud y que ninguna se vea desfavorecida para alcanzar dicho potencial.

Factor de riesgo: Atributo, característica o exposición que aumenta las probabilidades de que una persona sufra un resultado negativo en materia de salud, ya sea inmediatamente o en el futuro. Algunas afecciones pueden representar tanto un factor de riesgo como una carga de enfermedad. Por ejemplo, la anemia ferropénica es un factor de riesgo de muerte o discapacidad secundarias a una hemorragia posparto, pero también causa lasitud y debilidad.

Factor protector: Factor que fomenta y mantiene los comportamientos positivos, reduce el riesgo de comportamientos y resultados negativos en materia de salud, aminora los efectos de los resultados negativos y ayuda a recuperarse de esos efectos. Algunos ejemplos de factores protectores de la salud adolescente son las relaciones significativas y afectuosas, las estructuras y los límites apropiados, las oportunidades para participar y contribuir, y el estímulo a la autoexpresión.

Fortalecimiento de los sistemas de salud: Proceso de definir y realizar cambios en las políticas y prácticas del sistema de salud de un país para que pueda responder mejor a los retos que afronta el propio sistema de salud. El fortalecimiento de los sistemas de salud también se puede definir como todo conjunto de iniciativas y estrategias que mejoren el funcionamiento de un sistema de salud y contribuyan a fomentar la salud al incrementar el acceso, la cobertura, la calidad o la eficiencia.

Función del sistema de salud: Finalidad y actividad principales de un sistema de salud. La OMS establece que hay cuatro funciones críticas de los sistemas de salud: prestación de servicios; generación de recursos humanos y físicos que hagan posible la prestación de servicios; obtención y consolidación de los recursos para pagar la atención de salud; y rectoría, es decir, establecer y hacer cumplir las normas y proporcionar dirección estratégica a todas las partes. A su vez, estas funciones se llevan a cabo para el logro de tres objetivos: salud, capacidad de respuesta y financiamiento justo.

Intervención basada en la evidencia: Intervenciones consideradas eficaces mediante una evaluación rigurosa. Los criterios particulares usados para evaluar la eficacia varían según muchos factores, como el tipo de problema de salud, la intervención en cuestión y los datos disponibles. Por ejemplo, se puede considerar que hay evidencia firme de la eficacia de una intervención biomédica cuando en múltiples ensayos experimentales se ha demostrado de manera sostenida que hubo un efecto positivo sobre los resultados deseados. Sin embargo, dichas investigaciones no siempre son factibles, en particular en los campos que no son biomédicos, en los que puede existir una larga y compleja trayectoria causal entre la aplicación de una intervención y cualquier posible efecto sobre la salud de la población. En esos casos, se pueden usar otros criterios para reconocer las intervenciones que estén sustentadas por la evidencia más firme.

Nivel de ingresos de los países: Los niveles de ingresos de los países se agrupan, en función del ingreso nacional bruto anual per cápita del 2014, de la siguiente manera: países de ingresos bajos: US$ 1045 o menos; países de ingresos medianos bajos: entre US$ 1046 y 4125; países de ingresos medianos altos: entre US$ 4126 y 12 735 países de ingresos altos: US$ 12 736 o más.

Participación de la comunidad: Proceso por el que se establecen relaciones que permite a las personas que viven en una zona determinada y tienen intereses comunes colaborar para abordar los problemas relacionados con la salud y promover el bienestar, a fin de lograr repercusiones y resultados positivos en materia de salud.

Programa: Conjunto coordinado e integral de estrategias, actividades y servicios de salud planificados y secuenciales, concebidos para alcanzar objetivos y metas bien definidos. Un programa nacional suele tener coordinadores nacionales, subnacionales y locales, y financiamiento destinado a apoyar las actividades planificadas. En el sector de la salud, a menudo se usa el término “programa nacional de salud” para los componentes del sistema nacional de atención de salud que administran determinados servicios, como los programas nacionales para la infección por el VIH, para la salud adolescente o para los servicios de salud escolar.

Programación: Etapa del ciclo de planificación de un sector en la cual las prioridades determinadas recientemente se traducen en planes operativos. Si bien “Programación” y “programa” se superponen, no son conceptos idénticos, y puede haber “programación” (p. ej., en materia de salud adolescente) aunque no haya un programa específico, como parte de los ciclos de planificación estratégica y operativa del sector.

Salud escolar: La salud escolar es un enfoque multisectorial para diseñar y ofrecer estrategias, actividades y servicios integrales y coordinados, integrados y sostenidos dentro del sistema educativo, a fin de proteger y promover el desarrollo físico, emocional y social, la salud y el bienestar de estudiantes y de toda la comunidad escolar. A menudo, el término se utiliza indistintamente como sinónimo de “programa de salud escolar”.

Servicios de salud de calidad: Servicios que son:

- eficaces, porque proporcionan servicios basados en la evidencia a quienes los necesitan;

- seguros, porque evitan causar daño a las personas destinatarias de la atención; y
- centrados en las personas, porque brindan una atención que responde a las preferencias, las necesidades y los valores individuales.

Además, a fin de hacer realidad los beneficios derivados de una atención de salud de calidad, los servicios de salud deben ser:

- oportunos, al reducir el tiempo de espera y las demoras, a veces perjudiciales tanto para quienes reciben la asistencia como para quienes la prestan;
- equitativos, al prestar una atención cuya calidad no varíe por razones de edad, s exo, género, raza, etnia, ubicación geográfica, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- integrados, al prestar una atención coordinada entre los distintos niveles y prestadores;
- de por vida, al prestar la gama completa de servicios de salud a lo largo del curso de vida, según sea necesario; y
- eficientes, al maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles y evitar que se desperdicien.

Situación de emergencia: Evento en uno o varios países con consecuencias para la salud pública que pueden variar de mínimas (grado 1) a considerables (grado 3) y que la OMS determina que requiere una respuesta. En los meses inmediatamente posteriores a la determinación de la gravedad de una situación de emergencia, esta se considera aguda. Cuando es probable que continúe por más de seis meses, se puede cambiar su grado y reclasificarla como prolongada.

Transformador en materia de género: Respuesta programática con la que se pretende cambiar las estructuras, instituciones, normas y relaciones de género existentes por otras basadas en la igualdad de género. Los programas transformadores en materia de género no solo reconocen, evalúan y abordan las diferencias de género, sino que también crean las condiciones para que mujeres y hombres puedan examinar los aspectos dañinos de las normas de género y experimentar con nuevos comportamientos a fin de crear roles y relaciones más equitativos.

Transición demográfica: Cambio en la estructura de la población; por ejemplo, cambio demográfico que se produce cuando un país pasa de tasas altas de natalidad y mortalidad a tasas más bajas de natalidad y mortalidad, o de un sistema económico preindustrial a uno industrializado.

Transición epidemiológica: Cambio epidemiológico (p. ej., de la mortalidad debida principalmente a enfermedades infecciosas agudas a la mortalidad causada por enfermedades crónicas degenerativas no infecciosas) que ocurre como resultado de una mejora en el nivel de vida y de la introducción de prácticas médicas y de salud pública en los países de ingresos altos.



© OMS/Karen Reidy

Resumen

Alcance y finalidad de esta guía

El año 2023 marcó un hito, el momento del examen de mitad del período de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible *(2)*. Dicho examen ofrece una oportunidad importante de consolidar e impulsar la promoción, el compromiso, la movilización de recursos y los esfuerzos conjuntos de todas las partes interesadas a fin de fortalecer el desarrollo sostenible mediante la inversión en la salud y el bienestar adolescentes.

El documento *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud adolescente (Guía AA-HA!)* tiene como objetivo ayudar a los gobiernos a determinar las prioridades y estrategias de aplicación nacionales y subnacionales a medida que responden a los desafíos, las oportunidades y las necesidades en torno a la salud y el bienestar de la población adolescente de sus países. Pretende servir como un documento de referencia para los responsables de las políticas y los gerentes de programas a nivel nacional y subnacional, a fin de apoyarles en la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas relacionados con la salud y el bienestar adolescentes.

La primera edición de la *Guía AA-HA!* se publicó en el 2017 *(3)*. En ella se aprovechaba el impulso generado por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* del Secretario General de las Naciones Unidas (conocida como la "estrategia mundial") *(4)*. La OMS redactó la primera edición en respuesta a una solicitud de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud de elaborar un documento de orientación mundial sobre cómo acelerar las medidas a favor de la salud adolescente.

En esta segunda edición se describe el mismo enfoque sistemático que en la primera edición para la planificación y la ejecución de los programas en materia de salud y bienestar adolescentes (véase la figura A de la introducción). En el primer capítulo se resumen los principales argumentos para invertir en la salud y el bienestar de la población adolescente, así como las oportunidades y amenazas a nivel mundial. En los capítulos 2 y 3 se describen el estado actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo y las intervenciones basadas en la evidencia para mejorarlos. En los capítulos 4 al 6 se detallan los pasos clave para definir prioridades, planificar, aplicar, dar seguimiento y evaluar los programas para la salud y el bienestar adolescentes.

El proceso de programación a nivel nacional comienza por entender el perfil epidemiológico y de desarrollo del país (evaluación de las necesidades), analizar lo que se está haciendo y quién lo está haciendo (análisis del panorama) y después realizar una consulta para establecer las prioridades nacionales en materia de salud y bienestar adolescentes. En la guía se describen opciones para la programación y se ofrece un inventario de estrategias clave para aplicar las medidas a nivel intersectorial o por sector en relación con las prioridades acordadas a nivel nacional. Por último, se brinda apoyo a los responsables de las políticas con herramientas para diseñar marcos sólidos de seguimiento y evaluación, a fin de fomentar la rendición de cuentas y mejorar los programas. A lo largo del documento, los estudios de caso muestran que lo que se recomienda es viable y, en algunos casos, ya se ha llevado a la práctica.

¿Cuáles son las novedades en esta segunda edición?

En esta segunda edición se amplifican los mensajes de la *Guía AA-HA!* y se impulsa de manera destacada la inversión en materia de salud y bienestar adolescentes. En ella:

- Se integran las enseñanzas obtenidas al aplicar la primera edición de la guía.
- Se presentan los datos más recientes sobre los determinantes de la salud, la mortalidad, la morbilidad y el bienestar, y se destaca el consenso reciente sobre los indicadores básicos relacionados con la salud y el bienestar adolescentes.
- Se aprovechan los importantes avances políticos y científicos logrados desde el 2017, y se integra el concepto del bienestar en el proceso de programación. En consecuencia, en esta segunda edición se da el paso fundamental de transitar de una perspectiva centrada mayormente en la salud a un concepto más holístico del bienestar en la adolescencia, incluidas sus implicaciones para la programación.
- Se incorporan las enseñanzas obtenidas de la pandemia de COVID-19.

Mensajes clave

Capítulo 1. La *Guía AA-HA!*: promover la inversión en la salud y el bienestar de la población adolescente

- La adolescencia es una de las fases más rápidas y formativas del desarrollo humano. El característico desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y sexual que tiene lugar durante la adolescencia requiere que se le preste especial atención en las políticas, los programas y los planes de desarrollo nacional.
- El consenso mundial sobre un marco integral para el bienestar adolescente ha establecido la agenda para una nueva generación de programas dirigidos a la población adolescente que tengan en cuenta la interconexión de los factores, tanto protectores como de riesgo, para el bienestar adolescente en múltiples niveles y que abarquen las diversas políticas y programas que promueven la buena salud y la nutrición óptima; la educación, las habilidades para la vida y la empleabilidad; la conexión, los valores positivos y la contribución a la sociedad; y el sentido de agencia y la resiliencia, así como las macropolíticas que configuran los entornos seguros y favorables.
- Las inversiones en el bienestar adolescente aportan un dividendo triple de beneficios económicos y de salud: para la población adolescente de hoy, para su vida adulta futura y para la próxima generación. Por tanto, estas inversiones mejoran el capital humano. Las inversiones más inteligentes son las inversiones coordinadas en materia de salud y educación que arrojan beneficios que se refuerzan mutuamente.
- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no se puede alcanzar sin invertir en la salud y el bienestar adolescentes. Esto incluye el logro de sus objetivos relacionados con la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el agua y el saneamiento, el crecimiento económico, los asentamientos humanos, el cambio climático y las sociedades pacíficas e inclusivas.
- La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve el poder de la comunidad mundial para hacer que las inversiones en la salud sean una prioridad mundial. También puso de manifiesto el hecho de que la función de las escuelas va mucho más allá de la educación, puesto que asegura que haya servicios críticos como la nutrición, la protección social, la salud mental y otros. Esto ofrece un impulso singular para revitalizar los compromisos mundiales con la salud y el bienestar adolescentes y con los derechos de la infancia, así como para aumentar las inversiones conexas.

Capítulo 2. Estado actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo

- Más de 1200 millones de habitantes (el 16% de la población mundial) son adolescentes de 10 a 19 años.
- En los últimos veinte años, las tasas de mortalidad por todas las causas han disminuido en la población adolescente a nivel mundial; la mayor disminución se ha registrado en las adolescentes de 15 a 19 años. Sin embargo, el progreso ha sido desigual entre las diferentes regiones y los distintos grupos de la población adolescente.
- En el 2019, a nivel mundial, los traumatismos causados por el tránsito fueron la causa más importante de muerte en adolescentes varones. En las adolescentes, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades diarreicas en el grupo de menor edad y la tuberculosis (TB) en el grupo de mayor edad. Si bien algunas de las principales causas de muerte (como las afecciones maternas) variaron según la región, las tasas de otras causas, como los traumatismos causados por el tránsito y las lesiones autoinfligidas, fueron altas en todas las regiones por igual.
- La carga de las enfermedades no mortales en la población adolescente se ha reducido poco en los últimos veinte años. De hecho, se han observado aumentos en algunas regiones y grupos etarios. En todas las regiones, las principales causas de esta carga en el 2019 fueron los problemas de salud mental (trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos de conducta en la infancia), la anemia ferropénica, las enfermedades cutáneas y la migraña. Ciertas enfermedades, como la malaria o los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, fueron más frecuentes en determinadas regiones.
- A nivel mundial, los principales factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en el 2019 para la población adolescente de todos los grupos etarios y sexos fueron la deficiencia de hierro, el agua no apta para el consumo, el peso bajo al nacer y un período menor de gestación, y el saneamiento inadecuado.
- Es cada vez mayor la evidencia de la función que desempeñan los factores protectores a nivel individual, familiar y social en la salud y el bienestar adolescentes.

Capítulo 3. Comprender lo que funciona: conjunto de intervenciones de la *Guía AA-HA!* basadas en la evidencia

- Hoy sabemos más que nunca cómo apoyar la salud y el bienestar adolescentes. Muchas intervenciones cuentan con una base de evidencia sustancial y, cuando se aplican con fidelidad, pueden tener importantes repercusiones positivas en la salud y el bienestar adolescentes. Los países pueden ahora adoptar medidas eficaces para promover y proteger la salud y el bienestar adolescentes.
- Las intervenciones dirigidas a la población adolescente deben operar en todos los niveles del marco ecológico, desde el nivel individual hasta el estructural. Con objeto de reducir las principales cargas y factores de riesgo, es importante que las intervenciones, incluso aquellas dirigidas a grupos de población más amplios, tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de la población adolescente, como la prestación de servicios de salud adaptados a la adolescencia. Las intervenciones deben realizarse con calidad y deben promover la cobertura universal, como el cumplimiento de las leyes de tránsito o la aplicación de políticas y leyes que reduzcan la asequibilidad del tabaco, el alcohol y los alimentos y bebidas poco saludables.

- Dada la multidimensionalidad de la salud y el bienestar adolescentes, la colaboración entre diversos sectores mediante una programación multisectorial o integrada resulta fundamental. El sector de la educación ejerce una influencia particularmente importante en el comportamiento, la salud y el bienestar adolescentes por medio de iniciativas intensivas, a largo plazo y de gran escala llevadas a cabo por profesionales.
- Entre las lagunas en la evidencia se destaca la falta de conocimiento sobre lo que funciona en el caso de las crisis humanitarias, los programas transformadores de la perspectiva de género y las intervenciones digitales.

Capítulo 4. Establecer prioridades nacionales

- Los gobiernos nacionales y subnacionales deben determinar y abordar las prioridades de programación en materia de salud y bienestar adolescentes por las siguientes razones:
  - el alcance de los programas de salud y bienestar adolescentes es muy amplio;
  - la naturaleza, la escala y la repercusión de las necesidades de salud y bienestar de la población adolescente son específicas de cada país;
  - todos los países afrontan limitaciones de los recursos, por lo que deben tomar decisiones difíciles para que los recursos se usen con la máxima eficacia.
- El proceso de priorización nacional debe ser explícito y transparente, y debe involucrar a todas las partes interesadas pertinentes de los sectores clave. Este proceso debe comprender lo siguiente:
  - una evaluación de las necesidades, a fin de determinar las afecciones que tienen la mayor repercusión en la salud, el bienestar y el desarrollo de la población adolescente, tanto en la población adolescente agrupada por edad, sexo y región del país como en los grupos más vulnerables;
  - un análisis del panorama de los programas, las políticas, las leyes, la capacidad y los recursos existentes en el país con respecto a la salud y el bienestar adolescentes, así como un análisis de las orientaciones que existen actualmente a escala mundial y local con respecto a las intervenciones basadas en la evidencia; y
  - la asignación de prioridades mediante la aplicación de criterios explícitos, como la magnitud del problema y su importancia para la salud pública; las posibilidades de abordar las necesidades de los grupos vulnerables y desatendidos; la existencia de intervenciones eficaces, apropiadas y aceptables para reducir las cargas prioritarias; y la viabilidad de llevar a cabo la intervención o las intervenciones, y de ampliarlas a escala.
- Con el tiempo, los países deberían reevaluar sus prioridades y su programación relativas a la salud y el bienestar adolescentes para asegurarse de que siguen satisfaciendo las necesidades cambiantes. Es necesario tener en cuenta las nuevas tendencias en los ámbitos de la salud y los servicios de salud, el desarrollo económico, el empleo, la migración, la urbanización, los conflictos, la degradación del medioambiente y la innovación tecnológica.
- Si bien las prioridades nacionales y subnacionales orientan las medidas locales, las actividades de los programas se deben contextualizar más a nivel local en función de los datos locales, determinando los grupos prioritarios de adolescentes, incluidos los más vulnerables, así como las mejores maneras de llegar a ellos con intervenciones y servicios, al tiempo que se hace el uso más eficaz de los recursos locales.

Capítulo 5. Programación: traducir las prioridades en acciones y planes

- Los beneficios más trascendentes para el bienestar adolescente son resultado de la acción multisectorial. Los países deben invertir en programas intersectoriales para la salud y el bienestar adolescentes, a fin de aprovechar el efecto amplificador de la acción conjunta. Paralelamente, la acción de cada sector particular hará que la atención a las necesidades de los adolescentes sea normativa en todos los sectores, el llamado enfoque del bienestar de la población adolescente en todas las políticas.
- La evidencia es clara: las inversiones más inteligentes son las inversiones coordinadas en la salud y la educación que se refuerzan mutuamente. Los programas de salud escolar se encuentran entre los programas de salud pública más comunes. Son viables en todos los entornos, generan importantes beneficios en materia de capital humano y son costo-eficaces. Para hacer realidad el potencial de cada estudiante y de cada escuela es necesario pasar a los sistemas educativos que promuevan la salud y que adopten como misión fundamental mejorar la salud y el bienestar de la población estudiantil. Las pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud, de la OMS y la UNESCO, proporcionan un marco para que los países adopten este enfoque más holístico y sistémico de la salud escolar en todos los niveles del sistema educativo.
- Los sistemas de salud que responden a las necesidades de la población adolescente son fundamentales para lograr la cobertura universal de salud. Para garantizar una atención explícita, continua y centrada en los temas de salud de la adolescencia en el sector de la salud, los países pueden considerar designar un punto focal específico dentro del ministerio de salud, con la responsabilidad de promover la salud adolescente en el propio ministerio, coordinar la atención sistemática de las necesidades de esta población en todos los programas de salud y actuar como enlace para la acción intersectorial.
- Los países deben velar por que se contemplen las expectativas y los puntos de vista de la población adolescente en los procesos programáticos nacionales.

Es preciso institucionalizar y apoyar activamente el liderazgo y la participación de la población adolescente en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas dirigidos a su salud y bienestar.

- La población adolescente es un grupo muy diverso, con necesidades variadas. El principio de "no dejar a nadie atrás" debe ser fundamental en la programación dirigida a la salud adolescente. El interés en la equidad, con la debida atención a la edad, el sexo, la discapacidad y, en particular, la vulnerabilidad, debe fundamentar todas las etapas de la programación, desde el establecimiento de metas y objetivos, pasando por la planificación de intervenciones, servicios y actividades, hasta la definición de los indicadores y el seguimiento del progreso y los logros.
- A fin de garantizar la sostenibilidad, la responsabilidad de financiar los programas dirigidos a la salud y el bienestar adolescentes debe transferirse a los recursos del país, lo que incluye centrar la atención de las estrategias sectoriales, los planes de inversión y los presupuestos nacionales en la adolescencia. A fin de aprovechar los recursos nacionales para el bienestar en la adolescencia se necesitará una mejor promoción de la causa, basada en argumentos a favor de la inversión dirigida a las prioridades de salud de la población adolescente en el contexto de los planes y presupuestos sectoriales. Las opciones de financiamiento externo, como las solicitudes al Mecanismo Mundial de Financiamiento para las Mujeres, los Niños y los Adolescentes y al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), brindan más oportunidades para aumentar el financiamiento.

Capítulo 6. Seguimiento, evaluación e investigación

- Para centrar la medición en los principales problemas de salud de la población adolescente, el Grupo Asesor sobre la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA) propone 47 indicadores prioritarios. Dichos indicadores proceden de los marcos de seguimiento para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*, y los complementan. Tomando como base los sistemas existentes, los países deberían, en la medida de lo posible, recopilar y utilizar los datos sobre estos indicadores para hacer el seguimiento de los progresos realizados en la mejora de la salud de su población adolescente.
- Se está elaborando un enfoque para medir el bienestar adolescente, que se utilizará a nivel mundial, regional y de los países, y abarcará múltiples dominios, aparte del campo de la salud, a fin de brindar una perspectiva amplia del bienestar adolescente.
- Los rápidos cambios físicos, emocionales y sociales que tienen lugar en la adolescencia plantean desafíos especiales para los programas de salud adolescente, por lo que resulta esencial desglosar los datos por edad (grupos etarios de cinco años) y sexo.
- Es esencial que los programas de salud adolescente hagan el seguimiento de toda la gama de indicadores, desde los insumos y los procesos hasta los resultados inmediatos, los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto. Estos indicadores responden a diferentes preguntas y son útiles para distintos propósitos. Es indispensable realizar evaluaciones periódicas de los programas de salud y bienestar de la población adolescente, que deben basarse en datos de seguimiento recopilados sistemáticamente.
- En la última década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llevado a cabo ejercicios de asignación de prioridades en áreas de la salud adolescente. Estos ejercicios pueden ayudar a investigadores y financiadores de las investigaciones a determinar y priorizar las áreas que requieren especial atención.
- El seguimiento, la evaluación y la investigación para mejorar la salud y el bienestar de la población adolescente deben basarse en las opiniones de los propios adolescentes. Cada vez se utilizan más los métodos participativos dirigidos por jóvenes, incluida la participación de adolescentes como evaluadores activos y en la investigación participativa. Entre los principios clave para implicar a la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación se encuentran los siguientes:
  - equilibrar su participación con la seguridad de su compromiso;
  - prestar atención a la evolución de la capacidad adolescente para tomar decisiones fundamentadas;
  - consideraciones en materia de género y equidad;
  - atención a grupos desfavorecidos, vulnerables o marginados;
  - si es posible, integrar a la población adolescente en las actividades de generación de evidencia como defensores, recolectores de datos, analistas e investigadores.

Introducción

Objetivo del documento de orientación

El documento *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud adolescente (Guía AA-HA!)* tiene como objetivo ayudar a los gobiernos a determinar las prioridades y estrategias de aplicación nacionales y subnacionales a medida que responden a los desafíos, las oportunidades y las necesidades en torno a la salud y el bienestar de la población adolescente de sus países. Pretende servir como un documento de referencia para los responsables de las políticas y los gerentes de programas a nivel nacional y subnacional, a fin de apoyarles en la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas relacionados con la salud y el bienestar adolescentes.

La primera edición

La primera edición de la *Guía AA-HA!* se publicó en el 2017 *(3)*. En ella se aprovechaba el impulso generado por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* del Secretario General de las Naciones Unidas (conocida como la "estrategia mundial") en apoyo de la Agenda 2030 *(4)* y en respuesta a la solicitud de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud de elaborar un documento de orientación mundial sobre cómo acelerar las medidas a favor de la salud adolescente.



© Edith Kachingwe

La segunda edición

En esta segunda edición se describe el mismo enfoque sistemático que en la primera edición para la planificación y la ejecución de los programas en materia de salud y bienestar adolescentes (figura A). La estructura general del documento tampoco se modificó de la primera a la segunda edición.

> "En general, la *Guía AA-HA!* es una referencia útil para los países que tratan de mejorar la salud y el bienestar de su población adolescente".
>
> Estudiante (varón), de 19-25 años, Uganda

Tras una breve introducción, en la que se resumen los principales argumentos a favor de invertir en la salud y el bienestar adolescentes, así como las oportunidades y amenazas mundiales, en el documento se describe la situación actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo y las intervenciones basadas en la evidencia para mejorarlos. A continuación, se detallan los pasos clave para definir prioridades, planificar, aplicar, dar seguimiento y evaluar los programas para la salud adolescente. El proceso de programación a nivel nacional comienza por entender el perfil epidemiológico y de desarrollo del país (evaluación de las necesidades), analizar lo que se está haciendo y quién lo está haciendo (análisis del panorama) y después, a través de un proceso de consulta, establecer las prioridades nacionales en materia de salud y bienestar adolescentes. En cuanto a las prioridades acordadas, en la guía se describen opciones para la programación y se ofrece un inventario de estrategias clave para aplicar las medidas a nivel intersectorial o monosectorial. Por último, se brinda apoyo a los responsables de las políticas con herramientas para diseñar marcos sólidos de seguimiento y evaluación, a fin de fomentar la rendición de cuentas y mejorar los programas. Los estudios de caso que se presentan a lo largo del documento muestran que las recomendaciones son viables y, en algunos casos, ya se han llevado a la práctica.

Figura A. Un enfoque sistemático para acelerar las medidas en favor de la salud y el bienestar adolescentes (el enfoque de la *Guía AA-HA!*)

Capítulo 1

Formular los argumentos a favor de la inversión.
En este capítulo se expone por qué es especial la población adolescente y se presentan los principales argumentos a favor de invertir en este grupo de población para generar beneficios a largo plazo para la sociedad.

Capítulo 2

Comprender la situación de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo.
Este capítulo ayuda a comprender las principales causas de la mala salud adolescente a nivel mundial y regional y los determinantes de la salud y el bienestar.

Capítulo 3

Reconocer las intervenciones basadas en la evidencia para la salud y el bienestar adolescentes.
En este capítulo se presenta una selección de intervenciones basadas en la evidencia en siete áreas de la salud adolescente (traumatismos no intencionales; prevención de la violencia; salud sexual y reproductiva y VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, nutrición y actividad física; salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y lesiones autoinfligidas; intervenciones en entornos de crisis humanitarias y frágiles) y en todos los dominios del bienestar.

Capítulo 4

Determinar las prioridades nacionales para los programas de salud y bienestar adolescentes.
En este capítulo se brinda orientación a los responsables de las políticas sobre los procesos de evaluación de las necesidades, análisis del panorama y determinación de prioridades para determinar el foco de atención de los programas nacionales de salud y bienestar adolescentes.

Capítulo 5

Conceptualizar y ejecutar los programas nacionales de salud y bienestar adolescentes.
En este capítulo se describen las rutas de la programación para el bienestar adolescente, los enfoques de la acción multisectorial y las estrategias fundamentales de aplicación de las medidas a nivel intersectorial y monosectorial para sectores clave (salud, educación, protección social, justicia penal, trabajo, telecomunicaciones, carreteras y transporte, vivienda y planificación urbana, energía y medioambiente).

Capítulo 6

Fortalecer la rendición de cuentas en materia de salud y bienestar adolescentes.
En este capítulo se brinda orientación a los responsables de las políticas sobre los principios de seguimiento y evaluación de los programas de salud y bienestar adolescentes y sobre las prioridades en el ámbito de la investigación.

Colaboración significativa de jóvenes en los programas para el bienestar adolescente

Cómo abordar la salud y el bienestar adolescentes en entornos frágiles o de crisis humanitarias

Si bien la segunda edición de la *Guía AA-HA!* contiene el mismo enfoque sistemático de la programación relativa a la población adolescente que la primera edición, su respaldo a las medidas multisectoriales brinda ahora mejores fundamentos basados en la evidencia para la programación en materia de salud y bienestar adolescentes.

¿Qué novedades contiene esta segunda edición?

Sobre la base de la primera edición, lanzada en el 2017, con esta segunda edición de la *Guía AA-HA!* se pretende fortalecer la comprensión de las interacciones entre la salud y el bienestar adolescentes y sus determinantes.

A continuación se resumen los principales cambios que contiene la segunda edición.

Nueva información. La edición revisada ofrece datos actualizados sobre la población adolescente en todo el mundo, su mortalidad, morbilidad, algunos resultados de salud, factores de riesgo y protectores y determinantes de la salud y el bienestar (capítulo 2). En el capítulo 6 se presentan los avances más recientes para orientar la medición mundial y nacional de la salud y el bienestar de la población adolescente; en él aparece el consenso reciente sobre los indicadores básicos de la salud y el bienestar de este grupo de población *(5)*.

Aprovechamiento de los importantes avances políticos y científicos logrados desde el 2017. En los últimos cinco años se han puesto en marcha varias iniciativas mundiales relevantes *(6-8)* y han surgido nuevas ideas a partir de la investigación *(811)*. Además, se han publicado directrices *(12-15)* y nueva orientación en apoyo de la cobertura universal de salud sobre la calidad de la atención *(6, 16, 17)*, las competencias de los prestadores de servicios, la forma de promover la inversión dirigida a la salud y el bienestar adolescentes en los debates sobre los conjuntos de prestaciones básicas *(8, 18, 19)* y el equilibrio entre ciertos programas específicos y el fortalecimiento general de los sistemas *(20, 21)* (véase el capítulo 5). La síntesis de la evidencia nueva llevada a cabo por los organismos de las Naciones Unidas *(6, 16, 22-24)* ha contribuido a fundamentar las medidas adoptadas por sectores distintos al de la salud para que estas respondan mejor a las necesidades y preocupaciones de la población adolescente *(6, 17, 25-30)*.

Esta abundancia de información y recursos actualizados es el fundamento para el contenido de la segunda edición, incluida la selección de intervenciones basadas en la evidencia (capítulo 3) y los enfoques de la programación (capítulo 5).

Integración de las enseñanzas extraídas al aplicar la primera edición de la *Guía AA-HA!* Desde la publicación de la *Guía AA-HA!* en mayo del 2017, muchos países la han utilizado para elaborar o actualizar las estrategias y los planes integrales para la salud y el bienestar adolescentes. Las enseñanzas de tales procesos se integran en la segunda edición en forma de nuevos estudios de caso y documentos de referencia actualizados.

Definición del bienestar e integración en los programas. En la primera edición de la *Guía AA-HA!* se promovía un enfoque de la programación basado en el desarrollo positivo, el cual integraba en el diseño de los programas los conocimientos sobre la importancia de los factores protectores, como la capacidad de agencia y la resiliencia. Desde el 2017, los conceptos sobre los dominios del bienestar adolescente han evolucionado, y los organismos de las Naciones Unidas que forman la Alianza H6+1 y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH, por su sigla en inglés) elaboraron un marco de consenso para definir, programar y medir el bienestar de la población adolescente (véase la figura 1.1) *(31)*. Por todo lo anterior, en la segunda edición se da el paso fundamental de transitar de una perspectiva centrada mayormente en la salud a un concepto más holístico del bienestar en la adolescencia, incluidas sus implicaciones para la programación (véase la figura 5.1).

Integración de las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19. Las repercusiones de la COVID-19, múltiples y extensas, han detenido o revertido años o incluso décadas de progreso del desarrollo *(32)*. El cierre sin precedentes de escuelas a nivel mundial y los confinamientos durante la pandemia de COVID-19 afectaron el aprendizaje, el desarrollo y el bienestar de la población adolescente de todo el mundo. Esta y otras enseñanzas de la pandemia se incorporan en la segunda edición de la guía para sustentar la creación de sistemas resilientes, tanto educativos como de otros tipos, que son fundamentales para la salud y el bienestar adolescentes.

1 Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Grupo Banco Mundial, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Programa Mundial de Alimentos (PMA).

¿Cómo se elaboró la segunda edición?

La segunda edición de la *Guía AA-HA!* se elaboró en colaboración con todos los departamentos pertinentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sus oficinas regionales y en los países, otras organizaciones de las Naciones Unidas, PMNCH y otros asociados mundiales. Para fundamentar la necesidad de una segunda edición y el alcance de la revisión, en el 2021 se celebraron ocho consultas de múltiples interesados con Estados Miembros de las seis regiones de la OMS *(33)*. El grupo de trabajo técnico de la *Guía AA-HA!* se creó en febrero del 2021. Entre sus miembros había población joven, representantes de los departamentos de la OMS, puntos focales de salud adolescente de las oficinas regionales de la OMS y representantes de organismos de las Naciones Unidas (ONU-Mujeres, ONUSIDA, la UNESCO, el UNFPA, el UNICEF y el PMA), el Banco Mundial y ASMRN. El grupo de trabajo técnico dirigió el proceso mediante la recopilación de evidencia nueva, iniciativas y experiencias programáticas y revisó varias versiones de las guía.

Entre el 2 de marzo y el 11 de abril del 2023, la OMS celebró una consulta pública mundial en los seis idiomas oficiales de la Organización para recabar aportaciones de los usuarios finales de la guía y de la población joven. Los resultados de la consulta se incorporaron en el proyecto final del documento, el cual fue validado por el grupo de trabajo técnico en su tercera reunión, en mayo del 2023. En el recuadro A se presentan los principales temas surgidos del componente de adolescentes y adultos jóvenes de la consulta pública: una síntesis de lo que 631 personas encuestadas dijeron que querían o esperaban que abordara el documento actual; se destacan sus prioridades y preocupaciones en el contexto de la salud y el bienestar.

Recuadro A. Temas que la población adolescente y la población joven querían que se abordaran en la segunda edición de la *Guía AA-HA!* (síntesis de las respuestas de 631 adolescentes y personas adultas jóvenes)

Salud mental	Muchas personas encuestadas insistieron en la necesidad de dar prioridad a la salud mental como el principal tema que debía abordar el documento, dado el reciente aumento de los problemas de salud mental entre la población joven.
Salud sexual y reproductiva	Varias personas encuestadas también destacaron la importancia de incluir temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
Acceso a la atención de salud	Algunas personas encuestadas expresaron la necesidad de atención de salud, pruebas y medicamentos gratuitos o asequibles para adolescentes jóvenes.
Colaboración y participación de la población adolescente	Las personas encuestadas hicieron hincapié en la importancia de una participación significativa de jóvenes en los programas y políticas de salud, centrada en la planificación, la aplicación, la evaluación y el derecho de la población adolescente a ser escuchada, junto con estrategias e indicadores para medir la colaboración.
Determinantes sociales de la salud	Varias personas encuestadas sugirieron que el documento abordara los determinantes sociales de la salud que afectan a la población adolescente, como la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación y la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud.
Otros temas	Otros temas que se mencionaron fueron el consumo de sustancias psicoactivas, la higiene bucal, la intimidación y el acoso, la seguridad, la nutrición, la actividad física, la prevención de la violencia, la educación, las oportunidades laborales y el reconocimiento de los aspectos holísticos de la salud, como el empleo y la vivienda.

Capítulo 1. La *Guía AA-HA!*: promover la inversión en la salud y el bienestar de la población adolescente

1.1 Avances científicos, políticos y programáticos en materia de salud y bienestar adolescentes 8

1.2 ¿Por qué invertir en la salud y el bienestar adolescentes? 13

1.3 ¿Qué tiene de especial la adolescencia? 16

1.3.1 Determinantes a nivel individual 17

1.3.2 Determinantes a nivel interpersonal y comunitario 18

1.3.3 Factores determinantes a nivel institucional, ambiental y estructural 18

1.4 La COVID-19 y otras amenazas actuales y oportunidades para el bienestar adolescente 20

1.4.1 Enseñanzas compartidas de la pandemia de COVID-19 20

1.4.2 Cambio climático 21

1.4.3 Conflictos armados y desplazamientos 22

1.4.4 Oportunidades 22


© Palash Khatri

Capítulo 1.
La *Guía AA-HA!*: promover la inversión en la salud y el bienestar de la población adolescente

Mensajes clave

- La adolescencia es una de las fases más rápidas y formativas del desarrollo humano. El característico desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y sexual que tiene lugar durante la adolescencia requiere que se le preste especial atención en las políticas, los programas y los planes de desarrollo nacional.
- El consenso mundial sobre un marco integral para el bienestar adolescente ha establecido la agenda para una nueva generación de programas dirigidos a la población adolescente que tengan en cuenta la interconexión de los factores, tanto protectores como de riesgo, para el bienestar adolescente en múltiples niveles y que abarquen las diversas políticas y programas que promueven la buena salud y la nutrición óptima; la educación, las habilidades para la vida y la empleabilidad; la conexión, los valores positivos y la contribución a la sociedad; y el sentido de agencia y la resiliencia, así como las macropolíticas que configuran los entornos seguros y favorables.
- Las inversiones en el bienestar adolescente aportan un dividendo triple de beneficios económicos y de salud: para la población adolescente de hoy, para su vida adulta futura y para la próxima generación. Por tanto, estas inversiones mejoran el capital humano. Las inversiones más inteligentes son las inversiones coordinadas en materia de salud y educación que arrojan beneficios que se refuerzan mutuamente.
- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no se puede alcanzar sin invertir en la salud y el bienestar adolescentes. Esto incluye el logro de sus objetivos relacionados con la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el agua y el saneamiento, el crecimiento económico, los asentamientos humanos, el cambio climático y las sociedades pacíficas e inclusivas.
- La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve el poder de la comunidad mundial para hacer que las inversiones en la salud sean una prioridad mundial. También puso de manifiesto el hecho de que la función de las escuelas va mucho más allá de la educación, puesto que asegura que haya servicios críticos como la nutrición, la protección social, la salud mental y otros. Esto ofrece un impulso singular para revitalizar los compromisos mundiales con la salud y el bienestar adolescentes y con los derechos de la infancia, así como para aumentar las inversiones conexas.

Panorama del capítulo

En este capítulo se exponen los argumentos a favor de la inversión en la salud y el bienestar adolescentes, con base en acontecimientos clave sucedidos desde la publicación de la primera edición de la guía en el 2017. En primer lugar, se describen los avances fundamentales que se han alcanzado desde entonces y que pueden sustentar mejor los programas de salud y bienestar adolescentes, incluido un marco de consenso para el bienestar en la adolescencia. A continuación, se explica qué tiene de especial la población adolescente que justifica que reciba atención específica en las políticas y los programas, y por qué vale la pena invertir en la salud y el bienestar de esta población. Después se resumen las principales enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 y se describen otras amenazas contemporáneas para la salud y el bienestar adolescentes, como el cambio climático y los conflictos armados y desplazamientos. Por último, se presentan ejemplos de oportunidades para avanzar en la agenda de la salud y el bienestar adolescentes.

Novedades en este capítulo

- resumen de las enseñanzas extraídas de la primera edición de la *Guía AA-HA!*;
- los principales descubrimientos científicos y avances políticos y programáticos surgidos desde el 2017;
- el marco del bienestar de la población adolescente;
- los argumentos a favor de la inversión;
- la COVID-19 y otras amenazas actuales y oportunidades para el bienestar adolescente.

1.1 Avances científicos, políticos y programáticos en materia de salud y bienestar adolescentes

La Guía AA-HA! fue decisiva para acelerar las medidas en las regiones y los países. Desde su puesta en marcha en mayo del 2017, el Grupo de Trabajo Técnico Interdepartamental de la Sede de la OMS sobre Salud y Bienestar de la Población Adolescente y los organismos de las Naciones Unidas que forman la Alianza H6+ han colaborado estrechamente con los países para apoyarlos en la actualización y el desarrollo de estrategias y planes integrales para la salud y el bienestar adolescentes. Para fines del 2022, la mayor parte de los países de las regiones de África, de las Américas y de Asia Sudoriental de la OMS habían utilizado la *Guía AA-HA!* para elaborar sus planes nacionales, lo mismo que ciertos países de las regiones del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental *(3, 34)*. Además, la guía fue un marco influyente para sustentar iniciativas y compromisos políticos regionales, como el Programa Insignia de Salud Adolescente para África *(35, 36)*, el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030* de la Organización Panamericana de la Salud *(37)*, el marco regional de acciones estratégicas conjuntas para la población Joven de la región del mediterráneo oriental y la adaptación de la *Guía AA-HA!* para la Región de Europa *(38, 39)*.

La amplia aplicación del contenido de la guía en diversos contextos ha demostrado lo siguiente:

- El enfoque sistemático de la *Guía AA-HA!* para planificar programas para la salud y el bienestar adolescentes es adecuado para países que tienen diferentes perfiles epidemiológicos y se encuentran en diversas situaciones sociopolíticas y etapas de desarrollo.
- El enfoque de la *Guía AA-HA!*, consistente en ofrecer menús de intervenciones y estrategias de implementación para que los países elijan, en lugar de un paquete básico de intervenciones y estrategias para todos los países, resulta sumamente aceptable. El proceso explícito para definir las prioridades nacionales descrito en la guía y en el manual para facilitadores *(40)* ha orientado a los equipos de los países para determinar las prioridades nacionales por medio de un proceso transparente en el cual intervienen todas las partes interesadas clave.
- Aunque el objetivo de la *Guía AA-HA!* era apoyar principalmente la programación nacional, su aplicación para la planificación a nivel de distrito en varios países ha demostrado que el enfoque puede aplicarse con éxito a nivel subnacional.
- El énfasis que el enfoque de la guía ha puesto en involucrar a la población adolescente en el proceso de planificación de los programas de salud y bienestar ha promovido una concientización cada vez mayor al respecto entre los responsables de las políticas. Además, como resultado, la mayoría de los países que han utilizado la guía, si no todos, han involucrado a la población adolescente en las decisiones relativas a las prioridades nacionales y subnacionales.
- El énfasis de la *Guía AA-HA!* en la acción intersectorial y multisectorial ha llevado a que la mayoría de los países involucren en el proceso de programación nacional a otros sectores aparte del sector de la salud.
- Aunque el contenido del documento de orientación es denso, el nivel de detalle es útil para su aplicación práctica.
- El manual adjunto para facilitadores *(40)* es una herramienta útil para que los equipos de los países puedan dirigir el proceso nacional de determinación de prioridades y programación con poca o ninguna ayuda externa.

Se han logrado avances en la promoción del bienestar como una visión positiva de la salud. En los últimos seis años se han puesto en marcha importantes iniciativas que promueven una visión positiva de la salud que integra el bienestar físico, mental, espiritual y social *(32)*.

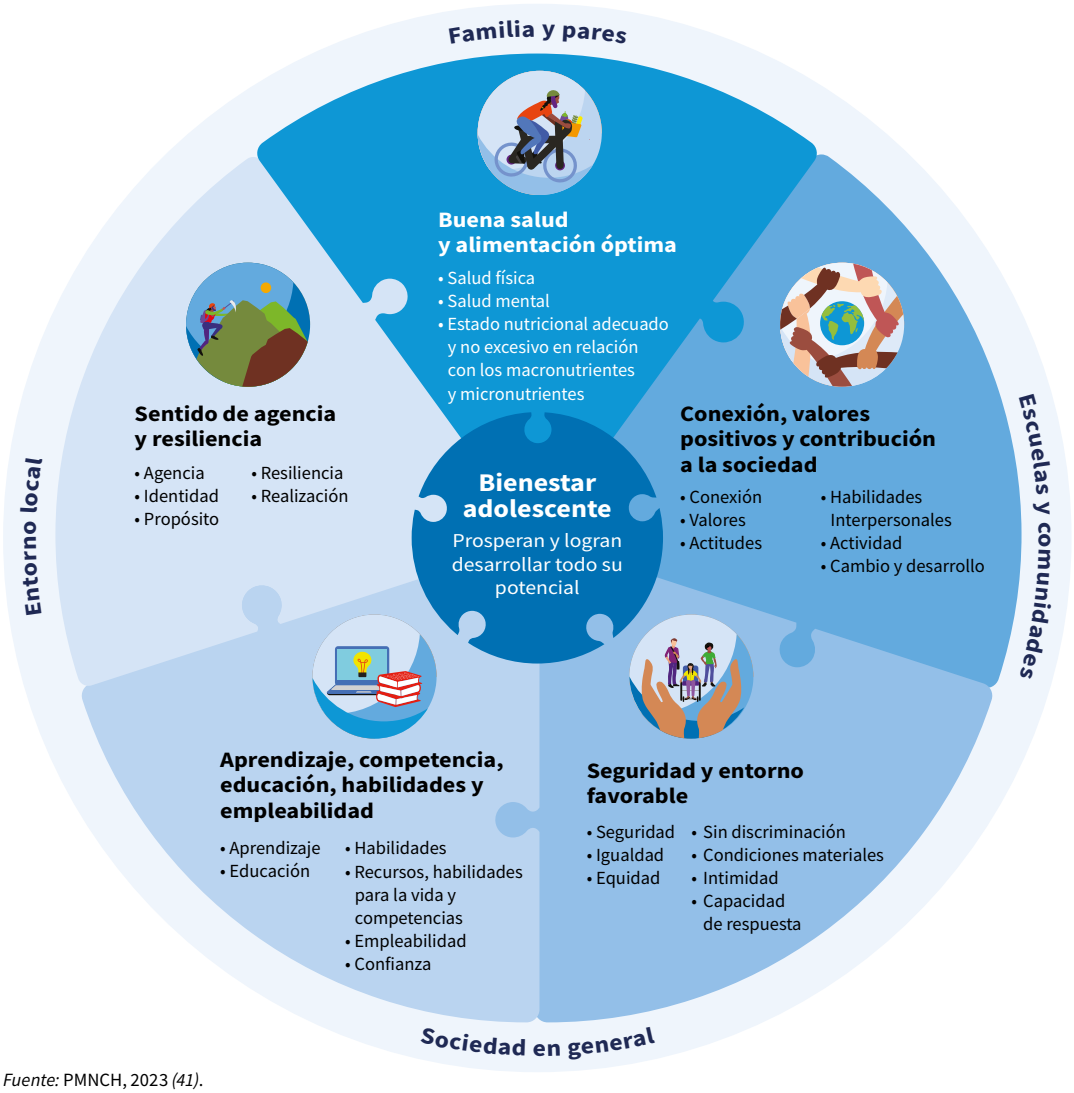
La Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud y la Carta de Ginebra para el Bienestar que se derivó de ella pusieron de relieve que las sociedades que promueven el bienestar sientan las bases para que todos los miembros de las generaciones actuales y futuras prosperen en un planeta sano, independientemente de dónde vivan *(32)*. En la Iniciativa para el Bienestar Adolescente, de los organismos de las Naciones Unidas que forman la Alianza H6+, se planteó el significado del bienestar para la población adolescente *(31)*. Asimismo, la alianza hizo un llamamiento a la acción para que diversas partes interesadas dieran prioridad al bienestar adolescente antes del Foro Mundial para los Adolescentes 2023. Entre los objetivos del foro estaban examinar los progresos realizados y aumentar la inversión en términos políticos y financieros en este grupo de población. Como parte de la iniciativa, el Grupo de Trabajo Técnico H6+ de las Naciones Unidas sobre Salud y Bienestar Adolescente acordó que el bienestar de la población adolescente se logra cuando esta tiene el apoyo, la confianza y los medios para prosperar dentro de contextos de relaciones seguras y sanas, logrando desarrollar todo su potencial y derechos.

El grupo de trabajo propuso un marco conceptual consensuado para el bienestar adolescente que consta de cinco dominios interrelacionados (figura 1.1) *(3)*.

Definición de bienestar adolescente:

> “Los adolescentes tienen el apoyo, la confianza y los medios para prosperar dentro de contextos de relaciones seguras y sanas, logrando desarrollar todo su potencial y derechos”.
>
> Grupo de Trabajo Técnico H6+ de la ONU sobre Salud y Bienestar Adolescente

Figura 1.1. Los dominios del bienestar adolescente



Fuente: PMNCH, 2023 *(41)*.

En el marco conceptual se reconoce la salud y la nutrición como uno de los cinco dominios importantes del bienestar adolescente. En términos más generales, el marco establece la agenda de lo que es importante para la población adolescente, al centrar la atención no solo en su supervivencia, sino también en el apoyo que necesitan para prosperar. Pretende dotarles de las herramientas necesarias para transformarse a sí mismos y a la sociedad en general *(31)*. Esta forma de entender el bienestar tiene implicaciones para los programas, que deberían tener como objetivo aumentar la resiliencia de la población adolescente y los factores protectores en todos los dominios (por ejemplo, un entorno escolar positivo y progenitores que brinden estructura y límites), en lugar de centrarse primordialmente en reducir los factores de riesgo (por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol). El marco conceptual del bienestar adolescente se validó en ocho talleres regionales con adolescentes y población joven. En otras ocho consultas con múltiples interesados se analizaron las implicaciones del marco para la programación en los diversos dominios del bienestar adolescente *(7, 42)* (véase también el marco lógico para la programación en el capítulo 5).

Se ha logrado dar relevancia a la población adolescente en el avance hacia el cumplimiento de las metas de cobertura universal de salud. La población adolescente fue el centro de atención en los preparativos de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud del 2019, la cual movilizó el apoyo político del más alto nivel para toda la agenda de salud en el marco de la cobertura universal de salud *(43)*. En la declaración política surgida de la reunión se instaba a realizar una mayor inversión en promoción de la salud y prevención de las enfermedades; educación; y comunicación y adquisición de conocimientos básicos sobre salud. También se pedía una mayor inversión en entornos seguros, saludables y resilientes que permitan a la población adolescente contar con las habilidades y los conocimientos para tomar decisiones fundamentadas en relación con su salud y mejorar su comportamiento de búsqueda de la salud *(44)*.

Se presta una atención renovada y sin precedentes a la salud escolar. Hoy en día se presta una atención sin precedentes a la salud escolar, como demuestran la colaboración de los organismos de las Naciones Unidas para reforzar la salud y la nutrición en las escuelas *(45)*, la respuesta bien coordinada a las necesidades de los estudiantes durante la pandemia de COVID-19 *(46)*, el reconocimiento por parte de la Cumbre sobre la Transformación de la Educación de que la salud y el bienestar de los estudiantes son fundamentales para transformar la educación *(47)* y la adopción de la iniciativa mundial para hacer de cada escuela una escuela promotora de la salud *(8, 18)*.

Esta última iniciativa se creó para apoyar los programas e iniciativas de salud escolar y de promoción de la salud en las escuelas *(48)*. En esencia, el objetivo es lograr que los sistemas educativos de todo el mundo promuevan la salud y el bienestar de estudiantes, personal y comunidades. La iniciativa es una alianza entre la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), ONUSIDA, la UNESCO, el UNFPA, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el PMA y la OMS *(8)*. Tras la puesta en marcha de la iniciativa, se han publicado más declaraciones mundiales y regionales en las que se pide aumentar las inversiones en salud escolar *(49-51)* y se formó la Coalición Mundial de Comidas Escolares para restaurar, mejorar y ampliar las comidas escolares sostenibles *(52)*.

Los argumentos a favor de la inversión son más sólidos. La formulación de argumentos para impulsar la inversión en la población adolescente ha aportado nuevas perspectivas sobre los beneficios de esta inversión *(10)*, la necesidad de reestructurar los sistemas de salud y sociales para atenderla mejor y cómo planificar y financiar mejor las medidas intersectoriales *(53, 54)* (véase la sección 1.2).

El sistema de las Naciones Unidas ha fortalecido su trabajo con jóvenes y para jóvenes. La Organización de las Naciones Unidas ha formulado la Estrategia de las Naciones Unidas para la Juventud, conocida como Juventud 2030, una ambiciosa estrategia que permea todo el sistema, para orientar el trabajo con jóvenes y para jóvenes de todo el mundo *(55)*. El primer informe sobre el progreso de la implementación de Juventud 2030 se publicó en el 2021, y en él se destacaba la respuesta del sistema de las Naciones Unidas a las necesidades de la juventud durante la COVID-19 y la repercusión del ambicioso proceso de reforma de las Naciones Unidas en la programación para la juventud que llevan a cabo los equipos de la Organización en los países *(56)*. En el segundo informe, publicado en el 2022, se pusieron de relieve los avances logrados durante el 2021 en todo el sistema de las Naciones Unidas por los organismos que lo integran y los equipos en los países *(57)*. La nueva estrategia del Fondo de Población de las Naciones Unidas, denominada ¡Mi cuerpo, mi vida, mi mundo!, que abarca las enseñanzas y la evidencia más recientes sobre la programación para adolescentes y jóvenes, es un ejemplo de cómo los organismos de las Naciones Unidas se centran en estos grupos y apoyan la aplicación de la agenda de Juventud 2030 para todo el sistema de las Naciones Unidas *(58)*.

> “Los adolescentes son los futuros líderes. Es muy importante asegurarse de que estén bien preparados y tengan buenas bases. Esto incluye que se aborden las cuestiones de salud mental y el desarrollo adolescente en general.”
>
> Estudiante (mujer), de 19-25 años, Botswana

La colaboración significativa de adolescentes y jóvenes es objeto del consenso mundial. El movimiento a favor de la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes se ha acelerado. La declaración de consenso mundial sobre la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes, en la cual se plantearon definiciones, principios clave y recomendaciones, fue firmada conjuntamente por unas 250 organizaciones, tanto pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas como ajenas a él *(59)*, y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño está supervisando su ejecución *(60)*. Se ha establecido el primer Consejo de la Juventud de la OMS, que asesorará a la Organización sobre temas de salud y desarrollo que afecten a la población joven en el marco de una estrategia integral e incluyente de colaboración de la juventud *(48)*. El Centro para la Juventud de la Red Mundial de Personal Sanitario vela por que la agenda de recursos humanos para la salud incorpore una política incluyente para jóvenes *(61)*. Desde los movimientos juveniles para acelerar las medidas dirigidas a acabar con la tuberculosis (TB) hasta la colaboración de las organizaciones de jóvenes para difundir los resultados de las investigaciones en la lucha contra el sida, pasando por las consultas sobre el medioambiente y las enfermedades no transmisibles, la OMS ha empleado diversos medios, como seminarios en línea, encuestas, plataformas digitales, presentaciones personales, medios audiovisuales, canales de redes sociales y publicaciones, para conectar activamente con la población adolescente (véase, por ejemplo, el recuadro 1.1) *(48)*.

La población adolescente es visible en muchas agendas de temas específicos, y se sigue avanzando para mejorar los resultados en materia de salud y bienestar adolescentes y su seguimiento. Desde el lanzamiento de la primera edición de esta guía en el 2017 ha habido avances para acelerar las medidas en ámbitos específicos de la salud y el bienestar adolescentes.

- La salud y el bienestar adolescentes se han abordado sistemáticamente en resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que abordan una gran variedad de temas. Estas resoluciones comprenden áreas como los recursos humanos para la salud, la violencia contra niños y niñas, las emergencias de salud, la salud bucal, las enfermedades no transmisibles, los trastornos neurológicos, la eliminación del cáncer cervicouterino, la respuesta a la COVID-19, el agua y el saneamiento, los trabajadores de salud comunitarios, las enfermedades reumáticas y la prevención del cáncer dentro de un enfoque integrado (cuadro 1.1).
- En el 2019, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo +25 (la Cumbre de Nairobi), se celebraron los logros en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos de la población adolescente en los 25 años transcurridos desde la conferencia original, celebrada en El Cairo en 1994, y se hizo un balance de estos. Al tiempo que se celebraban los logros, como una reducción sustancial del matrimonio infantil y de las infecciones por el VIH, se reconoció lo que falta por hacer para satisfacer las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de la población adolescente y el goce de los derechos conexos *(63)*.
- La renovada atención a la salud mental de la población adolescente ha dado lugar a nuevas colaboraciones, como el Programa Conjunto de Salud Mental y Bienestar y Desarrollo Psicosocial de Niños y Adolescentes, puesto en marcha por la OMS y UNICEF en el 2020 *(64)*. El programa establece compromisos mutuos, un marco compartido y una estrategia coordinada para modificar las leyes, las políticas, los servicios y los entornos familiares y comunitarios con el fin de mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las próximas generaciones *(48)*.
- Varias organizaciones han recopilado experiencias y elaborado nueva orientación a partir de la ejecución de programas que adoptaron un enfoque basado en los derechos y transformador en materia de género, como algunos relacionados con la salud y el bienestar adolescentes *(16, 17, 22-24, 65-68)*.
- Por primera vez, se ha documentado en un informe de la OMS un panorama integral de la magnitud y las consecuencias de la exposición de niños, niñas y adolescentes a los residuos electrónicos, término que hace referencia a los dispositivos, equipos y componentes eléctricos y electrónicos desechados *(69)*. En el informe se resumieron los conocimientos científicos más recientes sobre los vínculos entre las actividades informales de reciclaje de residuos electrónicos y los resultados para la salud durante la infancia, la adolescencia y el embarazo. En estas etapas existe el mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas para la salud, como trastornos del desarrollo neurológico y conductual, resultados negativos del embarazo y efectos en el sistema inmunitario.

Recuadro 1.1. La OMS moviliza a la juventud para poner fin a la TB

En el 2019, la OMS puso en marcha una iniciativa especial dirigida a la juventud, titulada 1+1, a fin de convocar a la movilización de la juventud para poner fin a la TB. La iniciativa promueve el compromiso con la población joven y busca amplificar sus voces para acabar con la TB. La juventud puede tener un efecto multiplicador para acelerar el progreso hacia las ambiciosas metas para el 2022 establecidas en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Lucha contra la Tuberculosis, así como hacia el objetivo más amplio de poner fin a la TB para el 2030, como figura en la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Tras la presentación se celebró la primera Reunión General de la Juventud para Poner Fin a la Tuberculosis, que culminó en la Declaración de la Juventud para Poner Fin a la Tuberculosis. La OMS está trabajando con la población joven de todo el mundo para fortalecer su colaboración y aplicar la declaración.
Fuente: OMS, 2023 *(62)*.

- Naciones Unidas adoptó una declaración para proteger a la población adolescente de los efectos nocivos de la comercialización, la publicidad y las actividades promocionales relacionadas con las bebidas alcohólicas *(70)*. Asimismo, en los documentos internacionales de gestión y orientación sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (o drogas) y el tratamiento se ha prestado atención a la población adolescente y joven *(71, 72)*.
- En el 2018, la OMS puso en marcha su Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil, que reúne a partes interesadas de todo el mundo y de todos los sectores. La iniciativa tiene el doble objetivo de aumentar la tasa de supervivencia del cáncer infantil cuando menos en un 60% para el 2030 y, al mismo tiempo, reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de la población infantil y adolescente con cáncer *(73)*.
- El Grupo Asesor sobre la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA, por su sigla en inglés), una colaboración entre ONUSIDA, la UNESCO, el UNFPA, el UNICEF, ONU-Mujeres, la OMS, el PMA y el Grupo Banco Mundial, facilitó el establecimiento de un consenso mundial sobre la medición de la salud y el bienestar adolescentes en todo el mundo (véase el capítulo 6) *(5)*.

Cuadro 1.1. Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (aprobadas desde el 2017) en las que se contemplan la salud y el bienestar adolescentes

Referencia	Año	Título	Compromisos relacionados con la salud y el bienestar adolescentes
WHA75.17	2022	Recursos humanos para la salud	Se recomienda poner en marcha iniciativas para promover empleos decentes para la juventud y se apoya la participación de la juventud en la distribución, despliegue y utilización del personal de salud y asistencial.
WHA74.17	2021	Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales	Se reconoce la violencia juvenil como una forma de violencia interpersonal y se insta a los países a lo siguiente: • a establecer políticas y mecanismos de seguimiento relativos a la salvaguardia y la protección de la población infantil para prevenir, detectar y responder a la violencia contra los niños y las niñas, en especial las adolescentes; • a establecer un proceso de coordinación interministerial para prevenir y eliminar la violencia contra los niños; • a incorporar a los niños, en función de la evolución de sus capacidades *(...)*, en las actividades de promoción, formulación de políticas y adopción de medidas; • a promover una perspectiva intercultural en el tratamiento de la violencia contra los niños con el fin de adaptar las intervenciones eficaces y satisfacer las necesidades de los niños en diferentes entornos, y fortalecer las capacidades de los trabajadores de salud comunitarios, las comunidades y las familias para prevenir las situaciones de riesgo; • a fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud para prevenir la violencia contra los niños; • a formar y capacitar, entre otros, a los profesores, los administradores de las escuelas, los líderes religiosos, los padres y las organizaciones que los representan, los trabajadores de los sectores de la justicia y el bienestar social, los funcionarios de los centros de detención, el personal penitenciario, los profesionales de la salud y los trabajadores del deporte, así como los grupos comunitarios y confesionales, para prevenir, detectar y responder a la violencia contra los niños y las niñas, en especial las adolescentes; • a asegurar que los servicios de protección social y salud mental sean accesibles y se sigan brindando a todos los niños en todo momento, también durante encierros, cuarentenas y otros tipos de confinamiento por medidas de salud pública; • a formular estrategias, o incluir en las estrategias existentes, medidas para la prevención y eliminación de todas las formas de violencia contra los niños con discapacidad, que son particularmente vulnerables.
WHA74.14	2021	Proteger y salvaguardar al personal de salud y asistencial e invertir en él	Se reconoce que ofrecer oportunidades de trabajo decente y perspectivas de carrera para las personas jóvenes es fundamental para la recuperación económica inclusiva y sostenible de la pandemia de COVID-19.

Cuadro 1.1. (continuación) Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (aprobadas desde el 2017) en las que se contemplan la salud y el bienestar adolescentes

Referencia	Año	Título	Compromisos relacionados con la salud y el bienestar adolescentes
WHA74.4	2021	Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles fortaleciendo la prevención y el control de la diabetes	Se reconoce la importancia de reducir los principales factores de riesgo, como la alimentación poco saludable y la inactividad física, en la prevención y el control de la diabetes a lo largo del curso de la vida, especialmente entre los niños y adolescentes y sus familias, así como la importancia de la detección precoz de la diabetes y el inicio oportuno del tratamiento.
WHA73.8	2020	Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional *(2005)*	Se reconoce la necesidad de hacer partícipe a la juventud en la planificación y adopción de decisiones durante las emergencias de salud y de garantizar la prestación de servicios de atención y el acceso universal a dichos servicios, incluidos aquellos para un esquema completo de inmunización, el apoyo psicosocial y de salud mental, la recuperación traumatológica, la salud sexual y reproductiva y la salud de la madre, el recién nacido y el niño.
WHA73.2	2020	Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030	Se reconoce la importancia de integrar los servicios de salud para adolescentes en el enfoque holístico de los sistemas de salud para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.
WHA73.1	2020	Respuesta a la COVID-19	Se reconoce a los niños y adolescentes como un grupo de riesgo durante la pandemia de COVID-19 y que requiere protección; se destaca la importancia de adoptar medidas a este respecto que tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.
WHA72.3	2019	Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos	Se reconoce la importancia que tiene la creación de empleos decentes para los jóvenes para un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, y que acelerar las inversiones en la creación de empleo y trabajo decente en la atención primaria de salud tendrá repercusiones positivas para los jóvenes.
WHA71.14	2018	Fiebre reumática y cardiopatía reumática	Se invita a que se den a conocer la cardiopatía reumática y otras enfermedades no transmisibles de niños y adolescentes en el ámbito mundial.
WHA70.12	2017	Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado	Se pide que se elaboren o adapten orientaciones y conjuntos de herramientas para establecer programas integrales de prevención y control del cáncer, en particular en el ámbito de la gestión del cáncer en la niñez y la adolescencia, y que se definan y apliquen protocolos científicamente contrastados para la gestión del cáncer en niños y adultos, incluidos los cuidados paliativos.

1.2 ¿Por qué invertir en la salud y el bienestar adolescentes?

Hay al menos cinco argumentos para definir como crucial la inversión en la salud y el bienestar adolescentes:

1. La población adolescente tiene un derecho fundamental a la salud y, sin embargo, afronta una proporción sustancial de la carga mundial de enfermedades y traumatismos.

Las personas adolescentes tienen los mismos derechos fundamentales a la vida, al desarrollo, al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y al acceso a los servicios de salud que el resto de las personas. Estos derechos están consagrados en instrumentos mundiales en materia de derechos humanos de los que casi todos los países son signatarios *(74-76)*.

A pesar de tener estos derechos, la población adolescente sufre una elevada carga de morbilidad por causas prevenibles, relacionadas principalmente con traumatismos no intencionales; violencia; cuestiones de salud sexual y reproductiva (incluida la infección por el VIH); enfermedades transmisibles, como infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas; enfermedades no transmisibles; mala nutrición y falta de actividad física; y problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y lesiones autoinfligidas *(77-79)*. Además, la pandemia de COVID-19 exacerbó las desigualdades sociales existentes

que dificultan considerablemente la capacidad de la población adolescente para alcanzar su pleno potencial *(80)*. Las partes interesadas a nivel mundial, regional y nacional sostienen que debe reforzarse un enfoque de los programas basado en los derechos para mitigar el impacto de la pandemia en la vida de adolescentes y jóvenes y garantizar que las personas más vulnerables y desfavorecidas no se queden atrás *(7)*.

2. Las inversiones en la salud y el bienestar adolescentes aportan un dividendo triple de beneficios para la salud y el bienestar (81).

Para la población adolescente hoy: La salud y el bienestar en la adolescencia se benefician de inmediato gracias a la promoción de la adquisición de conocimientos básicos sobre salud *(82)* y de los comportamientos positivos (por ejemplo, buenos hábitos de sueño y formas constructivas de asumir riesgos, como el deporte), así como a la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas (por ejemplo, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de salud mental, los traumatismos y las infecciones de transmisión sexual) *(83)*. Por ejemplo, se calcula que invertir en la prevención de las enfermedades no transmisibles en la población adolescente reduciría la mortalidad en casi un 10%, incluso a corto plazo *(83)*.

Para la vida de la población adolescente en el futuro: Se necesita apoyo para establecer comportamientos saludables en la adolescencia (p. ej., una alimentación saludable, actividad física y, en caso de actividad sexual, el uso de preservativos y otros anticonceptivos) y para reducir las exposiciones, los trastornos y los comportamientos nocivos (p. ej., la contaminación atmosférica, la obesidad y el consumo de sustancias psicoactivas y tabaco) a fin de establecer modos de vida saludables y reducir la morbilidad y la mortalidad prematura en la edad adulta. Se calcula que invertir en la prevención de las enfermedades no transmisibles en la población adolescente, por ejemplo, se traduciría en 21 millones de muertes prematuras evitadas en los próximos 50 años *(83)*.

Para la próxima generación: Se puede proteger la salud de la futura descendencia si se promueven ahora el bienestar emocional y las prácticas saludables en la adolescencia (p. ej., gestión y resolución de conflictos, vacunación adecuada y buena nutrición) y se reducen los factores de riesgo y las cargas (p. ej., la exposición al plomo y al mercurio, la violencia interpersonal, la mutilación genital femenina, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos precoces y los embarazos muy seguidos).

3. Las inversiones en salud y bienestar adolescentes aportan importantes beneficios económicos y mejoran el capital humano y social.

Mantener las inversiones anteriores. El desarrollo humano tiene lugar de manera acelerada a lo largo de las dos primeras décadas de vida. Para que una persona alcance su pleno potencial, las inversiones tempranas en programas de salud maternoinfantil deben mantenerse y ampliarse mediante inversiones en la salud y el bienestar adolescentes *(10, 84)*. Invertir en la salud adolescente mantiene y refuerza las intervenciones exitosas en materia de salud y bienestar que aportaron beneficios en la primera infancia y corrige los déficits anteriores *(10, 85)*.

Invertir en la salud y el bienestar adolescentes es costo-eficaz y tiene una relación costo-beneficio positiva. Muchos programas para mejorar el bienestar adolescente tienen una relación costo-beneficio de entre 5 y 10 (es decir, una inversión de US$ 1 genera un rendimiento de US$ 5-10), y algunos tienen una relación muy superior a 10 *(86)*. Abordar las necesidades de salud y bienestar en la primera adolescencia mediante un enfoque basado en la escuela, y las de la segunda adolescencia mediante un enfoque combinado que incluya a la comunidad, los medios de comunicación masiva y los sistemas de salud, ofrece una alta rentabilidad *(10, 87)*. Las inversiones más inteligentes son las inversiones coordinadas en materia de salud y educación que arrojan beneficios que se refuerzan mutuamente *(10)*.

Beneficios adicionales derivados de una mayor productividad y de la mejora del capital humano y social. Los rendimientos de las inversiones en nutrición, atención de la salud, educación de calidad y competencias se manifiestan a través de una mayor productividad y una mejora del capital humano *(88, 89)*, en particular porque la población adolescente representa una proporción sustancial de la población de los países: el 16% de la población mundial y el 23% de la población de los países de ingresos bajos *(7)*. La presencia numerosa de adolescentes en la población de un país ofrece importantes oportunidades de crecimiento económico y desarrollo social cuando se les empodera. Por ejemplo, invertir en un conjunto integral de intervenciones para prevenir las enfermedades no transmisibles durante la adolescencia a lo largo de un periodo de 50 años se traduciría en unos US$ 400 000 millones en beneficios económicos acumulados *(83)*. Invertir en la conexión y el sentido de agencia de la población adolescente potencia aún más los efectos y aumenta el capital social.

En los países de ingresos bajos y medianos, es probable que la inversión en salud y bienestar adolescentes se refleje en una reducción de las tasas de fecundidad, lo que puede contribuir a acelerar el crecimiento económico. Con menos nacimientos cada año, la población joven y dependiente de un país se reduce en relación con la población en edad laboral (de 15 a 64 años), lo que posibilita un crecimiento económico rápido *(90, 91)*. También en los países de ingresos altos, invertir en la salud y el bienestar de la población adolescente de ingresos bajos, incluida la que presenta tasas de natalidad más elevadas y está más expuesta a los factores de riesgo para la salud, puede ayudar a romper la transmisión de la pobreza y las desventajas de una generación a otra *(92, 93)*.

4. La adolescencia no es simplemente una prolongación de la niñez ni un preludio de la edad adulta; es una etapa con necesidades particulares.

No basta con invertir en la salud de la población sin tener en cuenta las necesidades especiales de cada grupo etario. La adolescencia es una de las fases formativas del desarrollo humano en la que los cambios son más rápidos *(94)*. En ella, los determinantes de la salud y el bienestar adoptan formas características y tienen repercusiones únicas (figura 1.1). Por lo tanto, las soluciones deben ser específicas para la población adolescente. En el apartado 1.3 se detalla lo que tiene de especial la adolescencia.

5. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no se puede alcanzar sin invertir en la salud y el bienestar adolescentes.

La inversión en la salud y el bienestar adolescentes es indispensable para alcanzar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus 169 metas. Algunos de ellos, como los relativos a la salud y la seguridad alimentaria, abarcan de manera general la salud y el bienestar adolescentes dentro de sus metas para poblaciones más amplias. Otros se dirigen específicamente a la población adolescente, como se resume en el recuadro 1.2.

Recuadro 1.2. Metas de los ODS que se dirigen específicamente a la adolescencia

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

1.3 ¿Qué tiene de especial la adolescencia?

Los 1300 millones de adolescentes que viven hoy representan más de una sexta parte de la población mundial *(95)*. Son una población sumamente diversa, que difiere no solo en términos de edad sino también en cuanto a las etapas de desarrollo, así como en cultura, nacionalidad, nivel de riqueza, educación, familia, residencia urbana o rural y muchas otras características que tienen una profunda repercusión en su salud y bienestar. No obstante, en todas las sociedades y entornos, comparten experiencias clave de desarrollo en su transición de la infancia a la edad adulta, que hacen de la adolescencia una etapa formativa única del desarrollo humano. Entre dichas experiencias están el crecimiento físico rápido, los cambios hormonales, el desarrollo sexual, las emociones nuevas y complejas, un aumento de las capacidades cognitivas e intelectuales, el desarrollo moral y la transformación de las relaciones con sus pares y sus familias *(94, 96)*.

Desde un punto de vista crítico, la adolescencia no es simplemente una prolongación de la infancia ni un preludio de la edad adulta. Los diversos determinantes que influyen en la salud humana adoptan formas particulares y tienen repercusiones especiales en la adolescencia *(97)*. En la figura 1.2 se ilustra cómo influyen dichos determinantes en la salud y el bienestar adolescentes en los niveles individual, interpersonal, comunitario, institucional, ambiental, estructural y macrosocial de un modelo ecológico. Los determinantes a diferentes niveles pueden confluir para generar discriminación contra ciertas personas. Por ejemplo, los niños y las niñas con discapacidad (determinante a nivel individual) tienen entre un 27% y un 33% más de probabilidades de no asistir a la escuela secundaria (determinante a nivel institucional) cuando las escuelas no son inclusivas *(98-100)*.

Cuadro 1.2. Ejemplos de factores a los diferentes niveles del marco ecológico que tienen repercusiones especiales en la adolescencia

Individual	Cambios físicos, neurocognitivos y psicosociales rápidos, por ejemplo, cambios hormonales y pubertad; sensaciones y emociones nuevas y complejas; conciencia sexual e identidad de género; aceleración del desarrollo electrofisiológico del cerebro; mejora y evolución de la capacidad cognitiva; control de impulsos y emociones en el que influye el contexto.
Interpersonal	Evolución de las competencias sociales; mayor participación social fuera de la familia; cuestionamiento de la autoridad; toma de decisiones cada vez más autónoma; mayor importancia de las relaciones entre pares; formación de relaciones románticas.
Comunitario	Mayor interés por la imparcialidad y la justicia; influencia de los valores y normas de la comunidad, por ejemplo, en relación con el género y la edad.
Institucional	Más años de educación y capacitación gracias a la ampliación de la educación primaria y secundaria; inicio más tardío de la vida laboral y de la formación de una familia; una relación más independiente con los servicios de salud, aunque todavía con poca confianza en estos, ya que pueden no estar preparados para atender las necesidades especiales de la población adolescente.
Ambientales	Instalaciones de agua y saneamiento (p. ej., para niñas y adolescentes menstruantes); infraestructura vial (p. ej., para peatones jóvenes sin acompañamiento adulto); calidad del aire y seguridad contra incendios (p. ej., mujeres jóvenes que cocinan en estufas o cocinas poco seguras); mayor vulnerabilidad a la exposición al plomo y a los residuos electrónicos; entorno inadecuado, tanto en lo jurídico como en materia de políticas (p. ej., en el contexto de una publicidad y unas técnicas cada vez más refinadas que promueven los productos poco saludables).
Factores macroeconómicos y otros factores estructurales	Acceso limitado a recursos prácticos (p. ej., finanzas, transporte); representación limitada en los órganos de toma de decisiones y pocas oportunidades para ejercer presión en favor de leyes y políticas que protejan la salud y los derechos, por ejemplo, en materia de salud sexual y reproductiva; mayor vulnerabilidad en los entornos frágiles o de crisis humanitarias; mayor vulnerabilidad ante algunos aspectos de la globalización (p. ej., la adicción a los videojuegos y el acoso en línea debido a la exposición a la Internet y a las redes sociales); transmisión de los mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas a través de las fronteras y jurisdicciones nacionales, exacerbada por la dificultad para dirigirse a las personas adultas jóvenes consumidoras sin exponer a la misma publicidad a grupos de adolescentes que todavía no alcanzan la edad mínima para el consumo; la vulnerabilidad de jóvenes que trabajan en polígonos industriales, que a menudo carecen de redes de seguridad, así como de información y servicios adaptados a su edad *(101, 102)*, y una mayor vulnerabilidad a las consecuencias de la pobreza y la inseguridad alimentaria, el cambio climático, el desempleo o las condiciones laborales precarias.

1.3.1 Determinantes a nivel individual

La pubertad es uno de los periodos más dinámicos del desarrollo biológico, y afecta en gran medida al bienestar físico, neurológico, sexual y emocional durante la adolescencia y más adelante. La pubertad también marca la trayectoria de la salud mental, de algunas formas de cáncer y de los riesgos cardiovasculares y metabólicos a lo largo del curso de la vida *(94)*. Por lo tanto, no se debe subestimar su importancia como una etapa propicia para intervenciones que pueden influir en la salud para el resto de la vida *(94)*.

La pubertad comienza antes de lo que la mayoría reconoce, normalmente entre los seis y los ocho años, con la activación de las glándulas suprarrenales. Esto contribuye a un rápido desarrollo estructural y funcional del cerebro, que influye en los comportamientos asociados en la adolescencia, así como en la susceptibilidad a los problemas de salud mental y a diversas afecciones cardiometabólicas *(94)*. El proceso de maduración sexual y el logro de la capacidad reproductiva, al que sigue un estirón, marca un cambio fundamental tanto para varones como para mujeres. Sin embargo, hay una notable dimensión de género en la forma en que los varones y las mujeres experimentan la pubertad. La sociedad vincula explícitamente la pubertad en los hombres con los sentimientos sexuales de forma positiva, mientras que las mujeres suelen recibir en esta etapa mensajes contradictorios sobre la sexualidad, la virginidad, la fertilidad y la feminidad *(103)*. Son comunes otras diferencias, como un mayor riesgo de ansiedad y depresión en las niñas y las adolescentes, especialmente en relación con los problemas menstruales, y una mayor agresividad social y asunción de riesgos en adolescentes varones *(67)*. Las diferencias en la forma en que los varones y las mujeres experimentan la pubertad, determinadas socialmente, también se relacionan con los tabúes culturales y estigmas que obligan a las muchachas a dormir o comer separadas de sus familias o a faltar a la escuela mientras están menstruando. En muchos países, las escuelas no cuentan con instalaciones sanitarias que faciliten la privacidad, la limpieza o la eliminación adecuada de los productos relacionados con la menstruación *(103)*.

En los primeros años de la adolescencia, el cerebro experimenta un desarrollo neurofisiológico acelerado, en el cual intervienen dos procesos fundamentales *(96, 104)*. Por un lado, hay un crecimiento y un cambio considerable en las regiones de la corteza prefrontal, y por otra parte, una mejor conexión entre la corteza prefrontal y el sistema límbico *(94, 96)*. Los cambios se producen más rápidamente en el sistema límbico, que tiene como funciones la búsqueda del placer, el procesamiento de las recompensas, la respuesta emocional y la regulación del sueño, y a un ritmo un poco más lento en la corteza prefrontal, responsable de la toma de decisiones, la organización, el control de los impulsos y la planificación del futuro *(96, 104)*. Hay un desajuste entre las reacciones afectivas y conductuales, que son intensas, y la capacidad cognitiva para integrar el control ejecutivo, menos automática. Este desajuste, normal desde el punto de vista del desarrollo, puede explicar en parte la propensión de la población adolescente a explorar, experimentar y asumir riesgos, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad, especialmente cuando realizan tareas bajo mucha presión *(94, 105)*. Sin embargo, también permite responder de formas novedosas y adaptativas durante la adolescencia *(94)*, y aumenta la capacidad para adaptarse a contextos sociales cambiantes *(104)*. Es importante reconocer la adolescencia como un período de oportunidades para las políticas y estrategias programáticas dirigidas a la asunción de riesgos constructivos, como la participación en deportes extremos, el arte y otras actividades que responden a la búsqueda de sensaciones en esta edad. Determinadas formas de aprendizaje o entrenamiento durante la adolescencia, como la conciencia plena *(mindfulness)* o la regulación de las emociones (véase el recuadro 1.3) pueden contribuir a adquirir autocontrol y otras capacidades cognitivas, afectivas y sociales *(12, 104, 106)*.

Conforme avanza el desarrollo durante la adolescencia, mejoran los dominios cognitivos, como el aprendizaje, el razonamiento, el procesamiento de la información y la memoria *(94, 96, 104)*. Las capacidades para el funcionamiento ejecutivo, que facilitan la autorregulación de los pensamientos, las acciones y las emociones, siguen evolucionando en consonancia con los cambios en la corteza prefrontal *(94)*. La naturaleza evolutiva de la capacidad emocional, social y cognitiva durante la adolescencia tiene profundas implicaciones en la manera de equilibrar los objetivos de las políticas en materia de protección y autonomía (véase el capítulo 5, recuadro 5.13, sobre la capacidad de la población adolescente para tomar decisiones autónomas) *(107, 108)*.

> “Se cree que en la adolescencia no se piensa de forma madura sobre este tema [la salud y el bienestar], cuando en realidad hay que tener en cuenta la opinión de todas las personas”.
>
> Estudiante (mujer) de hasta 14 años, México

Recuadro 1.3. La conciencia plena y otras intervenciones psicosociales para promover el aprendizaje social y emocional en la adolescencia

La práctica de la conciencia plena (*mindfulness* en inglés) se refiere a las actividades destinadas a mejorar la capacidad de la persona para "prestar atención de una manera determinada: con un propósito, en el momento presente y sin juzgar" *(12)*. Mediante un mayor control de la atención, una mejor regulación de las emociones y una mayor conciencia de uno mismo se logra una mejor autorregulación *(109)*.

Los descubrimientos neurocientíficos más recientes sobre las prácticas basadas en la conciencia plena indican que esta podría inducir una neuroplasticidad que favorece la adquisición del autocontrol y de otras capacidades cognitivas, afectivas y sociales en la población adolescente *(109, 110)*. Dichas capacidades pueden favorecer los cambios positivos en la escuela, el trabajo y las relaciones a lo largo de la vida *(110)*.

La OMS recomienda la práctica de la conciencia plena como parte del conjunto de enseñanzas sociales y emocionales que se debería impartir a toda la población adolescente *(111)*. Dicho conjunto promueve la regulación emocional, la resolución de problemas, las habilidades interpersonales, la conciencia plena, la asertividad y la gestión del estrés. Se recomienda un modelo basado en la escuela para ofrecer este conjunto de enseñanzas, ya que puede ser más fácil aplicar las intervenciones universales en las escuelas que en las comunidades, y es menos probable que causen estigmatización.

Todos estos cambios significan que la población de adolescentes jóvenes debe tener acceso oportuno a la información, el asesoramiento, el apoyo y la protección, y que se le debe permitir que tome decisiones seguras, saludables e informadas en su paso por la pubertad. Las opciones saludables y positivas deben estar a disposición y ser fáciles, y las que comprometan la salud deben ser difíciles o inaccesibles.

1.3.2 Determinantes a nivel interpersonal y comunitario

A nivel interpersonal y comunitario, durante la adolescencia se adquieren nuevas habilidades y competencias sociales, y las relaciones con la familia y los pares se transforman. En la adolescencia se concede más importancia que en la edad adulta a los resultados sociales, como la aceptación por los pares; hay menos resistencia a la presión de grupo, y los valores del grupo divergen cada vez más de los de la familia *(94)*. También se busca mayor independencia y responsabilidad y se intenta desvincularse del control parental y ejercer mayor autonomía sobre las propias decisiones, emociones y acciones. Al mismo tiempo, la familia sigue siendo un determinante importante de varios resultados en la adolescencia, como la obesidad *(112)*, la salud mental *(113)*, el desempeño escolar *(114)*, el uso problemático de Internet *(115)* y otros *(116)*. A medida que los miembros de la población adolescente salen cada vez más de los confines de sus familias y empiezan a tomar decisiones independientes (desde con quién pasan el tiempo hasta qué alimentos comen), es importante crear a su alrededor entornos seguros y propicios para que puedan explorar su creatividad e individualidad sin sufrir daños y asumiendo formas constructivas de riesgo *(104)*. Los entornos inmediatos de las familias, las escuelas y las comunidades se convierten en un poderoso determinante de la salud y el bienestar adolescentes.

En la segunda adolescencia, la importancia que tiene la influencia del grupo de pares empieza a disminuir, y se adquiere una comprensión más compleja y filosófica de la ética, las cuestiones sociales y los derechos humanos. En consonancia con la creciente adquisición de valores y la preocupación por sus comunidades, la juventud suele participar en movimientos sociales y políticos *(24, 27, 117-119)*. Sin embargo, las oportunidades para que se implique en la gobernanza y participe en los procesos locales y nacionales de toma de decisiones dependen en gran medida del contexto político, socioeconómico y cultural y, en muchas partes del mundo, las normas sociales originan diversas formas de discriminación contra la participación de la juventud en general y de las jóvenes en particular *(119)*.

Con la rápida expansión de los medios digitales, las interacciones interpersonales y sociales y la capacidad de adolescentes y jóvenes para unirse en torno a una causa común han experimentado, y siguen experimentando, profundos cambios. Esto ha suscitado preguntas sobre formas de utilizar Internet, las redes sociales, los teléfonos móviles y otras nuevas tecnologías de la comunicación que sean seguras y beneficiosas para la salud, y sobre cómo garantizar un entorno digital seguro, inclusivo y que empodere a las personas *(120)*.

1.3.3 Factores determinantes a nivel institucional, ambiental y estructural

Al nivel institucional, las **escuelas** (incluida la educación primaria, secundaria, superior y profesional) desempeñan una función de vital importancia para promover y proteger la salud y el bienestar adolescentes. La escuela es esencial para que la población adolescente adquiera conocimientos, habilidades socioemocionales (como la autorregulación y la resiliencia) y habilidades de pensamiento crítico que sienten las bases de un futuro saludable. El acceso a la educación y a entornos escolares seguros y favorables se ha relacionado con mejores resultados en materia de salud *(8)*. Un entorno socioemocional escolar que fomente la equidad, incluida la equidad de género, al promover la inclusión, acoger la

diversidad y no tolerar la discriminación, la intimidación, el castigo corporal ni el acoso se relaciona con mejores resultados en materia de salud y bienestar *(121)*. Por el contrario, los sistemas educativos que no abordan la discriminación dejan atrás a estudiantes vulnerables, como los que padecen alguna discapacidad, que tienen más probabilidades de no asistir nunca a la escuela o de abandonar la educación primaria o secundaria antes de concluirla *(100)*.

El sistema educativo está especialmente bien posicionado para promover la salud y el bienestar de la población infantil y adolescente de las comunidades pobres que carecen de sistemas de salud eficaces y que de otro modo no recibiría intervenciones dirigidas a la salud. En los entornos de todos los niveles de ingresos suele haber más escuelas que establecimientos de salud, y en las zonas rurales y pobres es mucho más probable encontrar escuelas que centros de salud *(122)*. A su vez, la buena salud se relaciona con menores tasas de abandono escolar y con un mayor nivel de estudios, desempeño educativo, empleo y productividad *(47)*. Sin embargo, muchas escuelas carecen de la infraestructura y los servicios básicos para mantener la salud y el bienestar: 73 millones de los niños y niñas más marginados no reciben alimentación escolar, y una de cada tres escuelas carece de agua potable o saneamiento adecuado *(123)*. Este problema afecta incluso a los países de ingresos altos, donde hay estudiantes que evitan utilizar los sanitarios o aseos por las malas condiciones de limpieza, la falta de privacidad y seguridad y el acceso limitado, este último debido a las políticas que restringen el uso durante las clases *(124-126)*.

Los **sistemas de salud** también tienen una influencia crucial en el bienestar adolescente. La población adolescente tiene necesidades en materia de salud diferentes a las de la población infantil y adulta, debido a su desarrollo físico, sexual, cognitivo y emocional peculiar y en rápida evolución. Estas necesidades deben abordarse de una manera que tenga en cuenta el desarrollo *(127)*. Sin embargo, a lo largo del tiempo, la mayor parte de los sistemas de salud se han centrado en los servicios de salud maternoinfantil y para las personas mayores. En muchos países, el desempeño de los sistemas de salud adolescente es peor que el de los sistemas para otros grupos de población *(11)*.

Los determinantes que actúan al nivel **ambiental** del marco ecológico también pueden afectar profundamente la salud, el bienestar y el desarrollo en la adolescencia *(128)*. Por ejemplo, la nutrición durante la adolescencia tiene una influencia definitoria en la edad y la pauta de aparición de la pubertad, con consecuencias para la buena condición cardiorrespiratoria, el desarrollo neurológico, la inmunidad, la estatura en la edad adulta y la acumulación de masa muscular y grasa, así como el riesgo de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida *(69, 129, 130)*. Gran parte de la carga ambiental que suponen las enfermedades para la población adolescente es completamente evitable, por ejemplo, si se mejoran la calidad del agua y el saneamiento, se reduce la contaminación y se eliminan de forma segura los residuos químicos *(69, 129, 130)*. Los ambientes biológico (p. ej., la prevalencia de la malaria o de la infección por el VIH), alimentario, químico (p. ej., la presencia de contaminantes como el plomo, el mercurio y otros disruptores endocrinos) y físico (p. ej., las calles y carreteras o la infraestructura de agua y saneamiento) pueden tener profundos efectos en la población adolescente *(85, 128, 131)*. A título ilustrativo, las etapas críticas del desarrollo humano, como la pubertad, son los períodos de máxima susceptibilidad a los disruptores endocrinos *(128, 131, 132)*.

El entorno **jurídico y relativo a las políticas** afecta al bienestar de la población adolescente de muchas maneras; por ejemplo, mediante la aplicación de impuestos, advertencias y restricciones para limitar o prohibir la exposición nociva a la publicidad de las industrias del tabaco, el alcohol, los alimentos y bebidas y la moda, o la prohibición de la venta de alcohol y tabaco a menores *(70, 71, 84, 121, 133-135)*. La población adolescente es una consumidora ávida de medios de comunicación pero, a falta de políticas que incentiven su participación en la economía digital, podrían quedar excluidos de ella. Por ejemplo, tanto adolescentes como jóvenes que crecen en la pobreza tienen menos probabilidades de participar en la economía digital que todas las demás cohortes, debido a la falta de medios para utilizar la tecnología o para adquirir competencias digitales. Las probabilidades son aún peores para las niñas y las adolescentes y para las personas con discapacidad *(58)* y desplazadas *(136)*.

Las barreras estructurales restringen la participación de la juventud en los procesos políticos. La juventud no está representada adecuadamente en las instituciones y los procesos políticos formales, como los parlamentos, los partidos políticos, las elecciones y la administración pública. Las personas menores de 35 años rara vez ocupan puestos formales de liderazgo político. En un tercio de los países, la edad mínima para ser candidato al parlamento nacional son los 25 años; es una práctica común referirse a los políticos como “jóvenes” si tienen menos de 35 a 40 años. La situación resulta especialmente difícil para las mujeres jóvenes *(119)*.

A nivel macroeconómico, **las políticas económicas y los acuerdos comerciales a nivel mundial** pueden repercutir en la salud y el bienestar adolescentes *(135, 137)*. Por ejemplo, en los estudios de modelización se ha demostrado que, cuando hay poca disponibilidad de alimentos asequibles y ricos en nutrientes, la alimentación de las adolescentes es todavía más inadecuada, ya que las recomendaciones de ingesta de vitamina A y hierro para ellas son más elevadas que para los adolescentes varones de la misma edad. Esto contribuye a que las muchachas sean más vulnerables a la desnutrición *(138)*.

Las políticas macroeconómicas pueden generar incentivos para que la población adolescente permanezca en la escuela, e influir en que haya trabajos satisfactorios a los que puedan aspirar una vez que abandonen los estudios. Los polígonos industriales pueden desempeñar una función protectora al ofrecer a la juventud oportunidades de empleo digno *(139)*, pero también pueden ser una

fuente de riesgos si carecen de la protección y los servicios adecuados para su edad (véase la sección 5.3.8). La pobreza en las primeras etapas de la vida puede tener efectos perdurables sobre la salud y el desarrollo en la adolescencia y sobre la generación de capital humano *(70, 133, 137)*. Las políticas y los programas de combate a la pobreza deben complementar las intervenciones específicas dirigidas a la salud y la nutrición a nivel individual, especialmente tras la pandemia de COVID-19 *(137)*.

Cabe destacar que algunos determinantes afectan la salud y el bienestar de la población adolescente en varios niveles del marco ecológico *(12)*. Por ejemplo, a nivel individual, las normas de género influyen en sus expectativas y su percepción de lo que es aceptable y apropiado. A nivel interpersonal, también pueden influir en las decisiones familiares sobre la asignación de recursos y la importancia relativa de la educación de los niños o las niñas. A nivel institucional y estructural, estas normas se reflejan en las desigualdades de género y las restricciones para el empleo y la educación *(17, 22, 24, 140)*. El nivel de conocimientos básicos sobre salud es otro ejemplo. Aunque refleja los conocimientos y las competencias personales a nivel individual, se adquiere por medio de las actividades cotidianas, en las interacciones sociales y entre generaciones, es decir que en ella influyen factores a nivel interpersonal. Asimismo, depende de las estructuras institucionales y de la disponibilidad de recursos que permitan que la población adolescente acceda a los servicios y a la información, y que la comprenda, valore y utilice de tal manera que promueva y mantenga una buena salud y bienestar para sí misma y para quienes la rodean *(141)*.

1.4 La COVID-19 y otras amenazas actuales y oportunidades para el bienestar adolescente

La población adolescente de hoy goza de mejor salud que la de hace décadas y tiene más oportunidades de desarrollar su pleno potencial. Sin embargo, la escala y el alcance de las amenazas mundiales a su bienestar, como los conflictos, las crisis climáticas y otras emergencias humanitarias, todo ello agravado por la COVID-19, ponen décadas de progreso en grave riesgo *(142)*.

1.4.1 Enseñanzas compartidas de la pandemia de COVID-19

Las enseñanzas compartidas, extraídas de las repercusiones directas e indirectas de la pandemia de COVID-19 en la población adolescente, pueden servir de base para futuras acciones colectivas y para una respuesta holística en caso de que se produzca una nueva pandemia.

Estudio de caso 1.1

La COVID-19 y el derecho a la educación en Colombia



© OMS/David Spitz

El 16 de marzo del 2020, el gobierno colombiano suspendió las clases presenciales debido a la emergencia nacional por la pandemia de COVID-19. Más adelante, en junio, el gobierno formuló directrices para las clases a distancia y las medidas sanitarias dentro de las aulas.

Sin embargo, muchos padres y madres consideraron que las autoridades no cumplieron con su deber de garantizar el acceso a la educación durante la pandemia y no tomaron las medidas adecuadas al respecto, como facilitar el acceso a Internet y a computadoras. Adujeron que no podían costearse la tecnología necesaria para las clases a distancia y que sus hijos e hijas estaban siendo discriminados.

Un grupo de padres y madres interpuso una demanda contra las autoridades públicas, alegando una violación del derecho de la niñez y la adolescencia a la educación. El tribunal consideró que la pandemia de COVID-19 había perturbado gravemente la educación de la niñez, especialmente en las comunidades empobrecidas. Además, determinó que, debido a la situación de emergencia, las autoridades tenían el deber especial de reforzar la protección del derecho a la educación, teniendo en cuenta sus cargas económicas.

Dado que en muchas poblaciones no había conexión a Internet, teléfonos móviles ni computadoras, entre otras cosas, las autoridades tuvieron que adaptarse a la emergencia y garantizar el derecho a la educación a distancia de la población infantil, teniendo siempre en cuenta su interés superior. El tribunal resolvió que las autoridades proporcionaran los medios necesarios para impartir clases a distancia y les ordenó que elaboraran un plan para corregir las deficiencias en materia de educación que la pandemia había provocado.

Fuente: COVID-19 litigation, 2022 *(160)*.

La pandemia de COVID-19 ha expuesto las desigualdades sociales y ha revelado los determinantes ecológicos, políticos, comerciales, digitales y sociales de la salud y de las inequidades en materia de salud dentro de los distintos grupos sociales y naciones y entre ellos. La población adolescente sufrió una menor morbimortalidad por la COVID-19 que la población adulta *(143)*, pero se vio afectada de manera desproporcionada por las medidas sociales y de salud pública aplicadas para limitar la propagación de la pandemia, como se describe a continuación *(144)*.

- **El cierre de las escuelas ha perturbado gravemente la educación, y la brecha digital ha puesto en mayor desventaja a millones de estudiantes,** al limitar las oportunidades de aprendizaje a distancia para quienes carecen de acceso a Internet, en particular quienes viven en zonas rurales, padecen discapacidades, se encuentran en situaciones de conflicto y posconflicto, son refugiados o desplazados o pertenecen a comunidades minoritarias o a familias pobres *(145)*. Millones de estudiantes corren el riesgo de no recuperar nunca los meses de educación interrumpidos, o incluso de no volver a la escuela. Por ejemplo, se estimó que, a escala mundial, un cierre escolar de 5 meses podría generar pérdidas de aprendizaje que tienen un valor actual de 10 billones de dólares *(146)*. Véase el estudio de caso 1.1, de Colombia, sobre la perturbación de la educación de los más vulnerables durante el confinamiento.
- **Pérdida de redes de seguridad, prestaciones y servicios relacionados con la escuela.** La población adolescente ha visto interrumpidas las actividades de salud y bienestar que se ofrecen como parte de los programas educativos regulares, como la actividad física; las comidas en la escuela; los servicios de salud escolares o vinculados a la escuela; la desparasitación; el agua potable; el saneamiento y la higiene; y otros servicios para la población escolar con discapacidad o con determinadas necesidades, como el apoyo al aprendizaje, la logopedia o terapia del lenguaje, el asesoramiento, el apoyo conductual y la capacitación en habilidades sociales *(147, 148)*. (Véase el estudio de caso 5.7, de Sudáfrica, sobre las medidas para restablecer las comidas escolares y los servicios de nutrición durante la pandemia).
- **El riesgo de violencia contra la población infantil en sus hogares, en las comunidades y en línea ha aumentado**, exacerbado por la limitada capacidad de los sistemas de protección de la infancia para detectar y responder con prontitud a los casos de violencia durante los confinamientos *(149)*.
- **Durante la pandemia de COVID-19 se registró un aumento de los problemas de salud mental y de los comportamientos adictivos** (por ejemplo, la adicción a los videojuegos) entre la juventud *(150)*. Se ha estimado que, en el primer año de la pandemia de COVID-19, la proporción de personas jóvenes que experimentaron síntomas de depresión y ansiedad exacerbados clínicamente se duplicó con respecto a los niveles previos a la pandemia *(151)*.
- **El riesgo de una mala salud sexual y reproductiva aumentó.** Los embarazos en la adolescencia y los matrimonios infantiles aumentaron durante la pandemia, impulsados por el aumento de la violencia sexual durante el aislamiento social y por la pérdida de medios de subsistencia *(149, 152)*. Otra consecuencia de ello es que las jóvenes se ven obligadas a abandonar la escuela y experimentan malos resultados del embarazo, lo que agrava la brecha de género *(153)*.
- **El acceso a los servicios esenciales y su cobertura disminuyeron.** La COVID-19 deterioró desproporcionadamente la prestación de servicios de salud a la población adolescente, perturbando la atención esencial y exacerbando las disparidades en materia de salud. Las restricciones al movimiento de las personas y al contacto social aplicadas como parte de la respuesta a la pandemia afectaron los servicios de vacunación sistemática, lo que aumentó el riesgo de resurgimiento de enfermedades prevenibles mediante la vacunación como el sarampión, el tétanos, la fiebre amarilla y la hepatitis *(154, 155)* y puso de relieve la necesidad de seguir centrándose en la vacunación sistemática contra estas enfermedades en la población infantil y adolescente. Asimismo, la pandemia alteró considerablemente los servicios para la TB infantil, lo que afectó en particular a la primera infancia *(156)*. Además, la reasignación de los recursos para la salud a fin de atender la COVID-19 ha reducido el acceso de la población adolescente a los servicios de salud reproductiva, atención para la salud mental y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas *(157, 158)*.
- **La actividad física disminuyó.** El confinamiento y otras medidas sociales y de salud pública para controlar la pandemia cambiaron las pautas de trabajo y redujeron las oportunidades de movilidad general y el acceso a las instalaciones deportivas *(159)*. Como resultado, se redujo la actividad física de la población adolescente y aumentaron los comportamientos sedentarios.

De cara al futuro, es importante tener en cuenta que, si se produjera una nueva epidemia o pandemia, este grupo de población podría enfrentarse a retos similares si no ajustamos nuestra respuesta según las enseñanzas de la pandemia de COVID-19.

1.4.2 Cambio climático

Los efectos del cambio climático, como el aumento de las temperaturas, las grandes tormentas, las inundaciones y las sequías, son cada vez más frecuentes, lo que supone, junto con muchos otros trastornos y dificultades, un grave obstáculo para la realización de la salud, el bienestar y los derechos humanos de la población adolescente *(161-163)*. Cada vez hay más evidencia de que el cambio climático se asocia de múltiples maneras con resultados adversos para la salud y el bienestar en la adolescencia *(162, 164, 165)*:

- El aumento de las temperaturas incrementa el riesgo de mortalidad relacionada con el calor, los resultados adversos del embarazo, las enfermedades infecciosas y los trastornos respiratorios.

- El exceso de lluvias, las temperaturas extremas y la sequía se asocian a la desnutrición, especialmente en la primera infancia.
- Las temperaturas más altas, la variabilidad de las precipitaciones y la contaminación atmosférica se relacionan con una menor capacidad cognitiva, una menor escolarización y un abandono escolar más temprano.
- El funcionamiento de las familias afectadas por los desastres de origen natural se deteriora, lo que se traduce en una crianza hostil y ansiosa; descuido y violencia contra los menores; poca conexión; y conflictos entre progenitores y descendientes o entre familiares.
- La violencia de género aumenta durante los fenómenos climáticos extremos o después de ellos.
- Los desastres relacionados con el clima perturban la educación y la capacitación.

1.4.3 Conflictos armados y desplazamientos

En el 2018, en todo el mundo, al menos 415 millones de menores de 18 años vivían en zonas afectadas por conflictos *(166)*. Se piensa que la cifra ha aumentado todavía más tras la reciente escalada de los conflictos en Afganistán, Etiopía y Ucrania, exponiendo a varios millones más de familias y menores a enormes riesgos adicionales para la salud física y mental *(167)*. Hasta mayo del 2022, más de 100 millones de personas de todo el mundo se habían visto obligadas a desplazarse a causa de persecuciones, conflictos, violencia, violaciones de los derechos humanos o eventos que alteraron gravemente el orden público *(168)*. Esto supone más del doble que diez años antes; en el 2012, eran 42,7 millones. Al menos el 40% de las personas desplazadas son menores de 18 años *(168)*. La población infantil y adolescente está expuesta a la separación familiar, la violencia física y otras violaciones de sus derechos humanos, como abuso y explotación sexual; ataques militares u otros ataques armados; trata de personas; y acceso limitado a la educación, los servicios de salud y la alimentación *(169, 170)*. Muchos sufren descuido y violencia debido al consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus progenitores mientras se encuentran en entornos de crisis humanitarias *(171)*. En el capítulo 2 se detalla el estado de la salud y el bienestar en los entornos frágiles o de crisis humanitarias, y en el capítulo 5 se describen las respuestas programáticas nacionales eficaces.

1.4.4 Oportunidades

La pandemia de COVID-19 ha aumentado la concientización sobre la salud mental de la población adolescente y la importancia de las redes de seguridad vinculadas a la escuela. También ofreció una mirada a lo que es posible cuando la comunidad mundial se une en solidaridad y hace de las inversiones en salud una prioridad política mundial *(142)*. Esta experiencia reciente brinda una oportunidad para invertir a largo plazo en acrecentar la resiliencia ante las crisis de aquellos sistemas de los que dependen la salud y el bienestar adolescentes. Los pasos necesarios son los siguientes:

- revitalizar los compromisos mundiales con la salud y el bienestar adolescentes y los derechos de la infancia;
- ampliar de forma equitativa las intervenciones basadas en la evidencia y que se prestan mediante una atención primaria resiliente para lograr la cobertura universal de salud *(142)*;
- establecer sistemas resilientes, flexibles y fácilmente adaptables para proporcionar nutrición adecuada, protección social y educación *(84, 167)*;
- garantizar la distribución equitativa de los sistemas y las intervenciones que apoyan el aprendizaje, el desarrollo, la salud y el bienestar, abordando la brecha digital, la brecha de género, la discapacidad y las necesidades de la población adolescente marginada y de difícil acceso en diversos entornos *(84, 167)*.

Las políticas y los programas multisectoriales para combatir la pobreza deben formar la base del aumento de la resiliencia. Es urgente el fortalecimiento para contrarrestar el aumento de la pobreza provocado por la pandemia de COVID-19 y promover la salud y el desarrollo de la población adolescente a corto y largo plazo *(137)*.



© UNICEF/UNI210282/Gelman

Capítulo 2. Estado actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo

2.1 Panorama de la población adolescente y de la carga de mortalidad y morbilidad 27

2.1.1 Carga de mortalidad 28

2.1.2 Carga de morbilidad 32

2.2 Panorama de los factores de riesgo para la salud y el bienestar adolescentes 36

2.3 Panorama de los factores protectores para la salud y el bienestar adolescentes 37

2.4 Algunos resultados y determinantes de la salud y el bienestar adolescentes 38

2.4.1 Traumatismos no intencionales 38

2.4.2 Violencia 38

2.4.3 Salud sexual y reproductiva, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 39

2.4.4 Enfermedades transmisibles 41

2.4.5 Enfermedades no transmisibles 42

2.4.6 Salud mental 44

2.4.7 Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas 45

2.4.8 Consumo de tabaco 45

2.4.9 Actividad física y sedentarismo 46

2.4.10 Nutrición 46

2.5 Entornos frágiles o de crisis humanitarias 47


© OMS/Europa

Capítulo 2.
Estado actual de la salud y el bienestar de la población adolescente en todo el mundo

Mensajes clave

- Más de 1200 millones de habitantes (el 16% de la población mundial) son adolescentes de 10 a 19 años.
- En los últimos veinte años, las tasas de mortalidad por todas las causas han disminuido en la población adolescente a nivel mundial; la mayor disminución se ha registrado en las adolescentes de 15 a 19 años. Sin embargo, el progreso ha sido desigual entre las diferentes regiones y los distintos grupos de la población adolescente.
- En el 2019, a nivel mundial, los traumatismos causados por el tránsito fueron la causa más importante de muerte en adolescentes varones. En las adolescentes, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades diarreicas en el grupo de menor edad y la tuberculosis (TB) en el grupo de mayor edad. Si bien algunas de las principales causas de muerte (como las afecciones maternas) variaron según la región, las tasas de otras causas, como los traumatismos causados por el tránsito y las lesiones autoinfligidas, fueron altas en todas las regiones por igual.
- La carga de las enfermedades no mortales para la población adolescente se ha reducido poco en los últimos veinte años. De hecho, se han observado aumentos en algunas regiones y grupos etarios. En todas las regiones, las principales causas de esta carga para la salud en el 2019 fueron los problemas de salud mental (trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos del comportamiento en la infancia), la anemia ferropénica, las enfermedades cutáneas y la migraña. Ciertas enfermedades, como la malaria o los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas , fueron más frecuentes en determinadas regiones.
- A nivel mundial, los principales factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en el 2019 para la población adolescente de todos los grupos etarios y sexos fueron la deficiencia de hierro, el agua no apta para el consumo, el peso bajo al nacer y la gestación corta, y el saneamiento inadecuado.
- Es cada vez mayor la evidencia de la función que desempeñan los factores protectores a nivel individual, familiar y social en la salud y el bienestar adolescentes.

Panorama del capítulo

En este capítulo se describe la situación de la salud y el bienestar adolescentes. En la sección 2.1 se presenta un panorama de la carga de morbimortalidad y de los factores de riesgo para la salud y el bienestar de la población adolescente. En la sección 2.2 se ofrece una visión general sobre los factores protectores para la salud y el bienestar de esta población. En la sección 2.3 se exponen más detalles sobre ciertos resultados y determinantes de la salud y el bienestar adolescentes. Por último, en la sección 2.4 se puntualiza la naturaleza particular de la carga para la salud adolescente en los entornos frágiles o de crisis humanitarias.

Novedades en este capítulo

- datos actualizados sobre la población adolescente y sobre mortalidad, morbilidad, resultados de salud seleccionados, factores de riesgo y de protección y determinantes de su salud y bienestar;
- la carga de mortalidad y morbilidad en la población adolescente, así como las principales causas, que en esta edición se presentan por separado en lugar de combinadas en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD); la carga de morbilidad se expresa en años vividos con discapacidad (AVD), y capta la morbilidad como el tiempo que se vive en un estado de salud que no es óptimo (por ejemplo, una tasa de 544 AVD por 100 000 adolescentes con una cierta afección significa que, entre 100 000 adolescentes en un año determinado, se han perdido 544 años de vida sana debido a la mala salud relacionada con dicha afección);
- una visión general de los factores protectores para la salud y el bienestar adolescentes.

Agrupación de los países por regiones de la OMS modificadas (como se mencionan en esta publicación)

Región de África de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Angola, Argelia, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Eswatini, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Kenya, Lesoto, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzanía, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Región de las Américas de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Venezuela (República Bolivariana de).

Región de Asia Sudoriental de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste.

Región de Europa de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Federación de Rusia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Macedonia del Norte, Montenegro, República de Moldova, Rumanía, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Türkiye, Ucrania, Uzbekistán.

Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Afganistán, Djibouti, Egipto, Irán (República Islámica del), Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Pakistán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen.

Región del Pacífico Occidental de la OMS, países de ingresos bajos y medianos: Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Tonga, Vanuatu, Viet Nam.

Países de ingresos altos: Alemania, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Australia, Austria, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chile, Chipre, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Kuwait, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Países Bajos (Reino de los), Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Corea, Seychelles, Singapur, Suecia, Suiza, Trinidad y Tabago, Uruguay.

Los datos de mortalidad y morbilidad que se presentan en este documento proceden de las estimaciones de salud mundial 2019 de la OMS *(172)*. Al igual que en informes anteriores, las estimaciones de mortalidad y morbilidad se generaron a escala mundial y por regiones de la OMS modificadas para incluir únicamente los países de ingresos bajos y medianos *(173, 174)* (véase el recuadro de la página anterior). Se creó un grupo aparte con todos los Estados Miembros de la OMS de ingresos altos del mundo. Las clasificaciones por nivel de ingresos se basaron en el ingreso nacional bruto per cápita del país en el año 2019 *(175)*. La clasificación relativa de las causas de muerte y de las cargas de morbilidad refleja nuestros conocimientos más actualizados en el momento, teniendo en cuenta la disponibilidad y la calidad de los datos sobre las causas de muerte y la prevalencia e incidencia de las enfermedades en el mundo. A medida que mejore la calidad de los datos, las estimaciones serán más sólidas, y es posible que el panorama cambie en algunas regiones. Además de las estimaciones de salud mundial, en este capítulo se han utilizado otras fuentes de datos para ciertos resultados y determinantes de la salud y el bienestar adolescentes.

2.1 Panorama de la población adolescente y de la carga de mortalidad y morbilidad

Más de 1200 millones de habitantes son adolescentes de 10 a 19 años. Solo alrededor del 11% de la población adolescente del mundo vive en países de ingresos altos (cuadro 2.1), mientras que cerca de dos tercios viven en países de ingresos bajos y medianos de las regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental de la OMS.

Se calcula que en el 2019 murieron 900 000 adolescentes. Aproximadamente dos tercios de estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos de las regiones de África y Asia Sudoriental de la OMS, donde vive cerca de la mitad de la población adolescente. Las tasas de mortalidad de esos países (muertes por 100 000 adolescentes) fueron las más altas de todas las regiones.

La carga mundial de enfermedades no mortales en la población adolescente en el 2019 fue de 69 millones de años vividos con discapacidad (AVD). Las tasas más altas de AVD por todas las causas en el 2019 se registraron en los países de ingresos bajos y medianos de África (6120 por 100 000), y las más bajas en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental (4211 por 100 000) (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Panorama de la carga de mortalidad y morbilidad en la población adolescente a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas, 2019

	Mundial	PIBM de África	PIBM de las Américas	PIBM del Mediterráneo Oriental	PIBM de Europa	PIBM de Asia Sudoriental	PIBM del Pacífico Occidental	PIA
Población adolescente en millones (% del total mundial)	1240 (100)	249 (20)	103 (8)	129 (10)	53 (4)	362 (29)	214 (17)	131 (11)
Muertes de adolescentes en miles (%)	857 (100)	321 (38)	67 (8)	104 (12)	19 (2)	244 (28)	73 (8)	29 (3)
Tasa de mortalidad (muertes por 100 000 adolescentes)	69	129	65	81	36	67	34	22
AVD en adolescentes en millones (%)	69 (100)	15 (22)	6 (8)	8 (11)	3 (4)	21 (30)	9 (13)	8 (11)
AVD por 100 000 adolescentes	5536	6120	5637	5919	4871	5776	4211	5762

AVD: años vividos con discapacidad; PIA, países de ingresos altos; PIBM, países de ingresos bajos y medianos.
Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

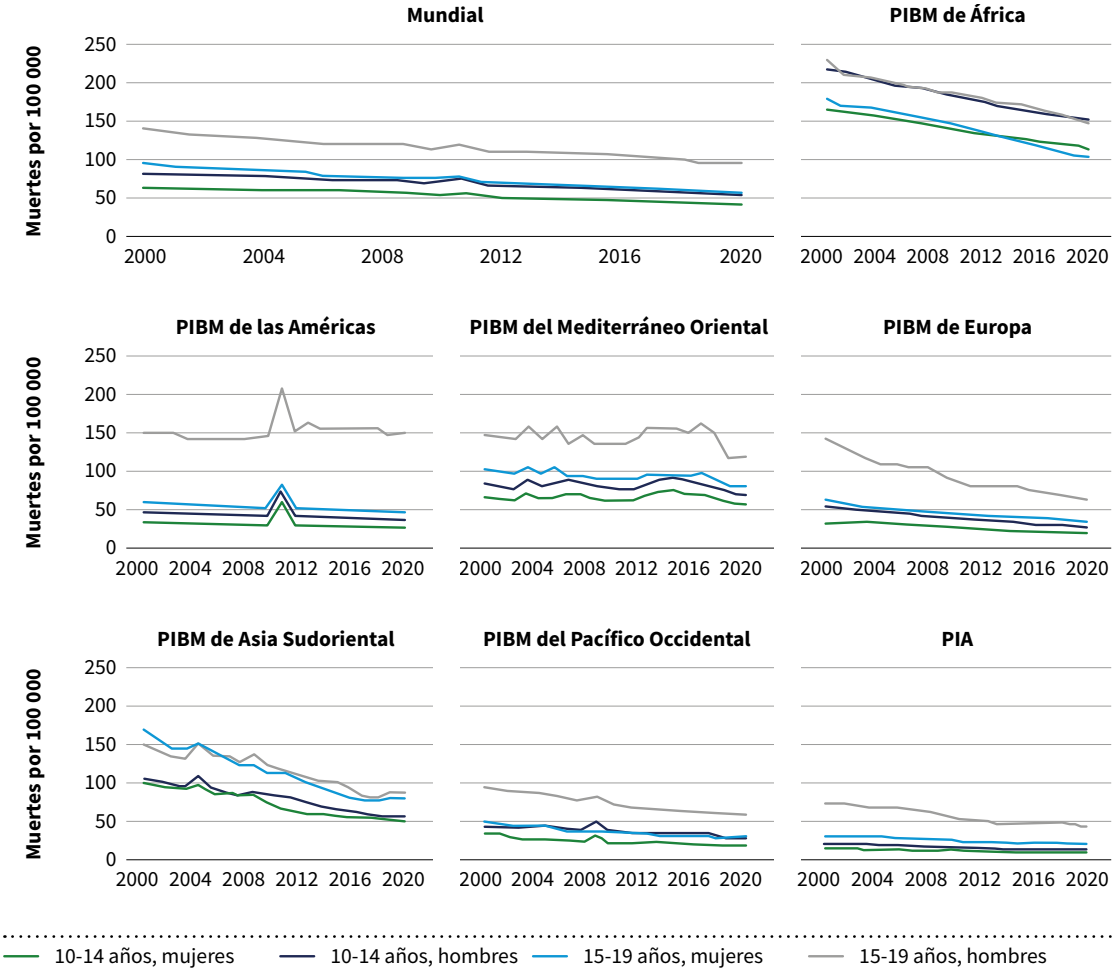
2.1.1 Carga de mortalidad

Se calcula que en el 2019 murieron 900 000 adolescentes de entre 10 y 19 años. En la figura 2.1 se muestran estimaciones de las tendencias mundiales y regionales de la mortalidad de adolescentes por todas las causas, desglosadas por sexo y edad, del 2000 al 2019. Se calcula que las tasas mundiales de mortalidad en adolescentes han disminuido aproximadamente un 27% desde el año 2000. En adolescentes mayores se registró una reducción aproximadamente 10% mayor que en adolescentes jóvenes. La mayor disminución *(34%)* se observó en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. Esta reducción de las tasas de mortalidad se produjo en la mayor parte de las regiones de la OMS modificadas. A nivel mundial, la mayor reducción en general, sin desglosar por edad y sexo, fue del 51% en los países de ingresos bajos y medianos de Europa, y el menor, del 11% en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas. Como se observa en la figura 2.1, en algunas regiones los desastres de origen natural también influyeron en la mortalidad en adolescentes (p. ej., el terremoto de Haití en el 2010 o el terremoto y el tsunami en el océano Índico en el 2004), al igual que los conflictos y las guerras.

En el cuadro 2.2 se muestran las cinco principales causas de muerte en adolescentes en el 2019, tanto a nivel mundial como regional y por sexo y grupo etario. Los traumatismos causados por el tránsito fueron la principal causa de muerte en varones de ambos grupos de edad (9 por cada 100 000 en los varones de 10 a 14 años y 18 por cada 100 000 en los varones de 15 a 19 años). En el caso de las mujeres, la principal causa de muerte pasó de las enfermedades diarreicas en las de menor edad a la TB en las de mayor edad.

Algunas causas ocuparon una posición particularmente alta solo en los varones (p. ej., el ahogamiento) o en las mujeres (p. ej., las afecciones maternas), o bien en adolescentes jóvenes (p. ej., las infecciones de las vías respiratorias inferiores) o de mayor edad (p. ej., la violencia interpersonal y las lesiones autoinfligidas). En general, mientras que las pautas de mortalidad en adolescentes jóvenes fueron similares a las de la población infantil de mayor edad, de 5 a 10 años, muchas de las principales causas de mortalidad en la segunda adolescencia persisten en la edad adulta.

Figura 2.1. Mortalidad en adolescentes por todas las causas, por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas, 2000-2019



[PIBM: países de ingresos bajos y medianos]
Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

Algunas afecciones fueron causas importantes de muerte en la mayor parte de las regiones, como los traumatismos causados por el tránsito, las lesiones autoinfligidas y los ahogamientos. Otras afecciones tuvieron preponderancia solo en ciertas regiones de la OMS modificadas, como la meningitis y la infección por el VIH/sida en los países de ingresos bajos y medianos de África; las enfermedades diarreicas y la TB en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental; la violencia interpersonal en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos y medianos de las Américas; las enfermedades diarreicas en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental; las anomalías congénitas en los países de ingresos bajos y medianos de Europa y en los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental; y la leucemia en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental.

Cuadro 2.2. Principales causas de mortalidad en adolescentes por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas

Traumatismos | Enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales y nutricionales

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**
A nivel mundial				
10-14 años	Traumatismos causados por el tránsito	9	Enfermedades diarreicas	8
	Enfermedades diarreicas	9	Traumatismos causados por el tránsito	5
	Ahogamiento	4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3	Infección por el VIH/sida	3
	Infección por el VIH/sida	3	Meningitis	2
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	18	Tuberculosis	9
	Violencia interpersonal	12	Afecciones maternas	7
	Tuberculosis	10	Lesiones autoinfligidas	5
	Lesiones autoinfligidas	6	Traumatismos causados por el tránsito	5
	Enfermedades diarreicas	5	Enfermedades diarreicas	4
PIBM de África				
10-14 años	Traumatismos causados por el tránsito	22	Enfermedades diarreicas	15
	Enfermedades diarreicas	18	Traumatismos causados por el tránsito	12
	Infección por el VIH/sida	12	Infección por el VIH/sida	11
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	9	Meningitis	8
	Malaria	9	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	8
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	27	Afecciones maternas	20
	Tuberculosis	18	Infección por el VIH/sida	13
	Violencia interpersonal	17	Tuberculosis	12
	Infección por el VIH/sida	13	Traumatismos causados por el tránsito	8
	Enfermedades diarreicas	8	Enfermedades diarreicas	6

Cuadro 2.2. (continuación) Principales causas de mortalidad en adolescentes por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**
PIBM de las Américas				
10-14 años	Violencia interpersonal	6	Traumatismos causados por el tránsito	3
	Traumatismos causados por el tránsito	5	Violencia interpersonal	2
	Leucemia	3	Leucemia	2
	Ahogamiento	2	Anomalías congénitas	2
	Anomalías congénitas	1	Lesiones autoinfligidas	1
15-19 años	Violencia interpersonal	66	Violencia interpersonal	7
	Traumatismos causados por el tránsito	24	Traumatismos causados por el tránsito	6
	Lesiones autoinfligidas	9	Lesiones autoinfligidas	4
	Ahogamiento	5	Afecciones maternas	3
	Leucemia	3	Leucemia	2
PIBM del Mediterráneo Oriental				
10-14 años	Enfermedades diarreicas	11	Enfermedades diarreicas	9
	Traumatismos causados por el tránsito	8	Traumatismos causados por el tránsito	5
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4	Anomalías congénitas	4
	Anomalías congénitas	3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3
	Ahogamiento	3	Violencia e intervención legal	2
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	20	Afecciones maternas	9
	Violencia interpersonal	10	Tuberculosis	6
	Lesiones autoinfligidas	8	Enfermedades diarreicas	6
	Enfermedades diarreicas	8	Traumatismos causados por el tránsito	6
	Tuberculosis	7	Lesiones autoinfligidas	4
PIBM de Europa				
10-14 años	Traumatismos causados por el tránsito	4	Traumatismos causados por el tránsito	2
	Ahogamiento	3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2
	Lesiones autoinfligidas	2	Anomalías congénitas	1
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2	Ahogamiento	1
	Anomalías congénitas	2	Lesiones autoinfligidas	1
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	12	Lesiones autoinfligidas	6
	Lesiones autoinfligidas	11	Traumatismos causados por el tránsito	5
	Violencia interpersonal	4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2
	Ahogamiento	4	Violencia interpersonal	1
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2	Leucemia	1

Cuadro 2.2. (continuación) Principales causas de mortalidad en adolescentes por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de mortalidad (por 100 000)**
PIBM de Asia Sudoriental				
10-14 años	Enfermedades diarreicas	13	Enfermedades diarreicas	13
	Traumatismos causados por el tránsito	7	Tuberculosis	3
	Ahogamiento	4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3
	Tuberculosis	3	Traumatismos causados por el tránsito	2
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2	Ahogamiento	2
	Tuberculosis	19	Tuberculosis	21
	Traumatismos causados por el tránsito	16	Lesiones autoinfligidas	11
	Enfermedades diarreicas	7	Enfermedades diarreicas	8
	Lesiones autoinfligidas	6	Afecciones maternas	4
	Violencia interpersonal	4	Traumatismos causados por el tránsito	4
PIBM del Pacífico Occidental				
10-14 años	Ahogamiento	6	Traumatismos causados por el tránsito	2
	Traumatismos causados por el tránsito	4	Ahogamiento	2
	Leucemia	2	Leucemia	1
	Anomalías congénitas	2	Anomalías congénitas	1
	Caídas	1	Rabia	1
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	16	Traumatismos causados por el tránsito	5
	Ahogamiento	6	Lesiones autoinfligidas	2
	Lesiones autoinfligidas	4	Leucemia	2
	Leucemia	2	Tuberculosis	1
	Tuberculosis	2	Ahogamiento	1
PIA				
10-14 años	Traumatismos causados por el tránsito	2	Traumatismos causados por el tránsito	1
	Lesiones autoinfligidas	2	Lesiones autoinfligidas	1
	Anomalías congénitas	1	Anomalías congénitas	1
	Cánceres cerebrales y del sistema nervioso	1	Cánceres cerebrales y del sistema nervioso	1
	Leucemia	1	Leucemia	1
15-19 años	Traumatismos causados por el tránsito	10	Traumatismos causados por el tránsito	4
	Lesiones autoinfligidas	9	Lesiones autoinfligidas	4
	Violencia interpersonal	6	Trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas	2
	Trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas	4	Violencia interpersonal	1
	Ahogamiento	1	Anomalías congénitas	1

Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

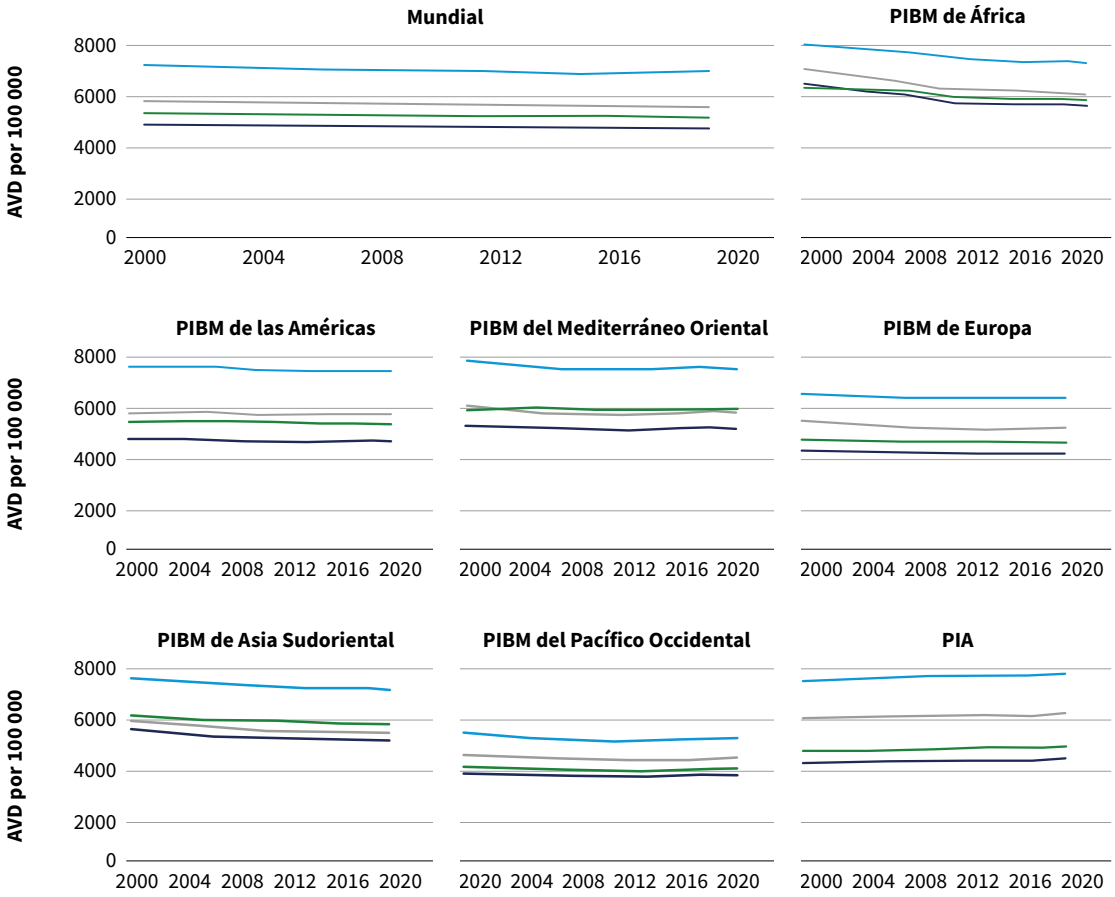
2.1.2 Carga de morbilidad

En la figura 2.2 se presentan estimaciones sobre las tendencias mundiales y regionales de la morbilidad en adolescentes, expresada en términos de años vividos con discapacidad (AVD), desglosadas por sexo y edad, del 2000 al 2019. Desde el año 2000, las tasas mundiales de morbilidad en adolescentes han variado poco por grupo etario, sexo y región. La reducción de la morbilidad fue mayor en los países de ingresos bajos y medianos de África, mientras que en los países de ingresos altos se observó una tendencia al alza. La morbilidad fue persistentemente más alta en las adolescentes mayores (6911 por 100 000 en el 2019) que en todas las demás categorías, tanto a nivel mundial como regional. En el 2000, la tasa de AVD de las adolescentes mayores fue de 7163 por 100 000, mientras que la de los adolescentes varones de mayor edad fue de 5712 por 100 000. La morbilidad fue uniformemente más baja en los varones de 10 a 14 años (4782 por 100 000 en el 2000 y 4572 por 100 000 en el 2019).

En el cuadro 2.3 se muestran las cinco principales causas de morbilidad en adolescentes, tanto a nivel mundial como regional y por sexo y grupo etario. Además de la anemia ferropénica, las enfermedades no transmisibles ocasionaron todos los AVD relacionados con las cinco causas principales en ambos grupos etarios a nivel mundial. El panorama regional fue similar: tanto en los países de ingresos altos como en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental y de las Américas las cinco principales causas de morbilidad fueron enfermedades no transmisibles. Las únicas enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales o nutricionales que aparecieron entre las cinco primeras causas de morbilidad fueron la anemia ferropénica en los países de ingresos bajos y medianos de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental; la malaria en los países de ingresos bajos y medianos de África; y las enfermedades diarreicas en los países de ingresos bajos y medianos de Europa.

Entre las enfermedades no transmisibles, los trastornos de salud mental fueron los más frecuentes en todas las regiones, en ambos grupos etarios e independientemente del sexo. Los trastornos de salud mental más frecuentes fueron los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos del comportamiento en la infancia y la discapacidad intelectual idiopática.

Figura 2.2. Morbilidad en adolescentes por todas las causas, por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones de la OMS modificadas, 2000-2019



Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

Cuadro 2.3. Principales causas de morbilidad en adolescentes, por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones modificadas de la OMS, 2019

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales y nutricionales

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**
A nivel mundial				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	544	Anemia ferropénica	525
	Anemia ferropénica	378	Trastornos de ansiedad	416
	Trastornos de ansiedad	265	Migraña	339
	Enfermedades cutáneas	259	Trastornos del comportamiento en la infancia	314
	Migraña	204	Enfermedades cutáneas	292
15-19 años	Trastornos depresivos	371	Trastornos depresivos	631
	Trastornos del comportamiento en la infancia	358	Trastornos de ansiedad	535
	Trastornos de ansiedad	334	Migraña	505
	Migraña	305	Anemia ferropénica	436
	Enfermedades cutáneas	279	Enfermedades ginecológicas	403
PIBM de África				
10-14 años	Anemia ferropénica	668	Anemia ferropénica	709
	Trastornos del comportamiento en la infancia	539	Trastornos de ansiedad	381
	Trastornos de ansiedad	255	Trastornos del comportamiento en la infancia	345
	Enfermedades cutáneas	248	Migraña	272
	Malaria	223	Enfermedades cutáneas	267
15-19 años	Trastornos depresivos	459	Trastornos depresivos	689
	Trastornos del comportamiento en la infancia	356	Trastornos de ansiedad	498
	Trastornos de ansiedad	345	Migraña	416
	Anemia ferropénica	296	Enfermedades ginecológicas	371
	Migraña	277	Malaria	368
PIBM de las Américas				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	580	Migraña	511
	Trastornos de ansiedad	328	Trastornos de ansiedad	508
	Asma	296	Trastornos depresivos	369
	Migraña	283	Trastornos del comportamiento en la infancia	346
	Enfermedades cutáneas	269	Enfermedades cutáneas	301

Cuadro 2.3. (continuación) Principales causas de morbilidad en adolescentes, por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones modificadas de la OMS, 2019

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**
15-19 años	Trastornos de ansiedad	424	Trastornos depresivos	782
	Trastornos del comportamiento en la infancia	390	Trastornos de ansiedad	717
	Trastornos depresivos	370	Migraña	636
	Migraña	355	Enfermedades ginecológicas	433
	Enfermedades cutáneas	280	Dolor de espalda y cuello	366
PIBM del Mediterráneo Oriental				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	556	Anemia ferropénica	592
	Trastornos de ansiedad	382	Trastornos de ansiedad	533
	Anemia ferropénica	355	Migraña	388
	Migraña	278	Trastornos depresivos	311
	Discapacidad intelectual idiopática	274	Trastornos del comportamiento en la infancia	301
15-19 años	Trastornos depresivos	481	Trastornos depresivos	797
	Trastornos de ansiedad	452	Trastornos de ansiedad	701
	Migraña	375	Migraña	551
	Trastornos del comportamiento en la infancia	372	Enfermedades ginecológicas	454
	Discapacidad intelectual idiopática	259	Anemia ferropénica	431
PIBM de Europa				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	576	Trastornos de ansiedad	385
	Trastornos de ansiedad	267	Trastornos del comportamiento en la infancia	350
	Migraña	194	Migraña	332
	Enfermedades cutáneas	179	Dolor de espalda y cuello	233
	Enfermedades diarreicas	175	Enfermedades cutáneas	232
15-19 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	387	Trastornos depresivos	608
	Trastornos depresivos	384	Trastornos de ansiedad	511
	Trastornos de ansiedad	331	Migraña	509
	Migraña	289	Dolor de espalda y cuello	380
	Dolor de espalda y cuello	286	Enfermedades ginecológicas	356
PIBM de Asia Sudoriental				
10-14 años	Anemia ferropénica	588	Anemia ferropénica	939
	Trastornos del comportamiento en la infancia	521	Migraña	359
	Discapacidad intelectual idiopática	340	Discapacidad intelectual idiopática	356
	Enfermedades cutáneas	283	Enfermedades cutáneas	314
	Complicaciones de la prematurez	255	Trastornos del comportamiento en la infancia	305

Cuadro 2.3. (continuación) Principales causas de morbilidad en adolescentes, por sexo y edad, a nivel mundial y por regiones modificadas de la OMS, 2019

	Hombres		Mujeres	
Edad	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**	**Causa**	**Tasa de AVD (por 100 000)**
15-19 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	335	Anemia ferropénica	934
	Migraña	326	Migraña	525
	Discapacidad intelectual idiopática	317	Trastornos depresivos	455
	Trastornos depresivos	298	Enfermedades ginecológicas	416
	Enfermedades cutáneas	292	Trastornos de ansiedad	357
PIBM del Pacífico Occidental				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	532	Trastornos de ansiedad	526
	Trastornos de ansiedad	316	Enfermedades cutáneas	356
	Enfermedades cutáneas	311	Migraña	267
	Otras pérdidas auditivas	175	Trastornos del comportamiento en la infancia	259
	Errores de refracción no corregidos	165	Dolor de espalda y cuello	203
15-19 años	Enfermedades cutáneas	355	Trastornos de ansiedad	563
	Trastornos de ansiedad	341	Migraña	413
	Trastornos del comportamiento en la infancia	341	Enfermedades cutáneas	409
	Dolor de espalda y cuello	268	Trastornos depresivos	391
	Migraña	243	Enfermedades ginecológicas	370
PIA				
10-14 años	Trastornos del comportamiento en la infancia	590	Trastornos de ansiedad	575
	Asma	359	Trastornos depresivos	467
	Trastornos de ansiedad	351	Migraña	360
	Dolor de espalda y cuello	228	Trastornos del comportamiento en la infancia	330
	Trastornos depresivos	217	Dolor de espalda y cuello	312
15-19 años	Trastornos depresivos	561	Trastornos depresivos	1118
	Trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas	491	Trastornos de ansiedad	752
	Trastornos de ansiedad	444	Migraña	605
	Trastornos del comportamiento en la infancia	405	Dolor de espalda y cuello	559
	Dolor de espalda y cuello	382	Enfermedades ginecológicas	426

AVD: años vividos con discapacidad
Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

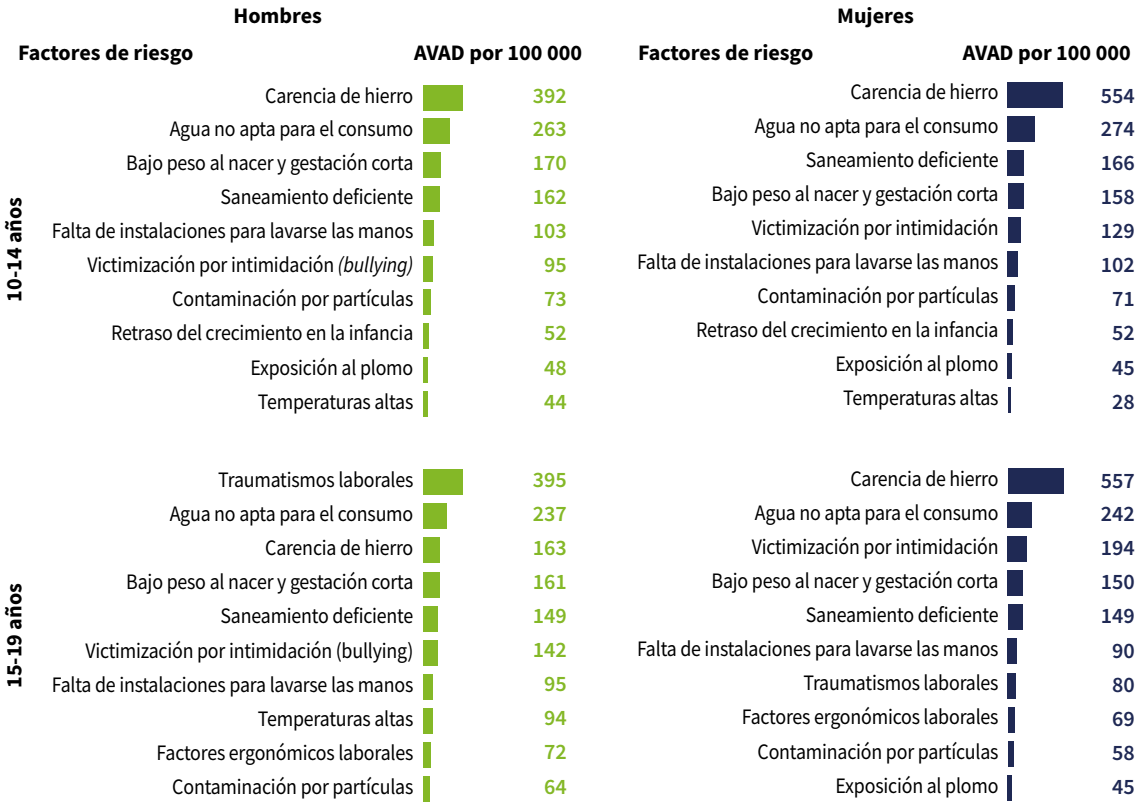
2.2 Panorama de los factores de riesgo para la salud y el bienestar adolescentes

La mayor parte de la información publicada en la bibliografía sobre la carga mundial para la salud adolescente se centra en la mortalidad y la morbilidad *(172, 176-179)*. No se cuenta con evaluaciones mundiales sistemáticas de los factores de riesgo para la población adolescente como las que hay para la población adulta *(180)*.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad, cuya finalidad es medir las cifras y tendencias epidemiológicas en todo el mundo, permite extraer los factores de riesgo mundiales para distintos grupos de población *(181)*. En la figura 2.3 se presentan los resultados del estudio sobre la carga mundial de morbilidad del 2019, que muestran los diez principales factores de riesgo y los consiguientes años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en adolescentes. Los AVAD son una medida de la carga mundial para la salud que combina mortalidad y morbilidad.

En el 2019, los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en la población adolescente a nivel mundial mostraron pocas variaciones por grupo etario o por sexo. La carencia de hierro; el agua no apta para el consumo; el saneamiento deficiente; la falta de acceso a instalaciones para lavarse las manos; el peso bajo al nacer y una gestación corta (de menos de 38 semanas); la victimización por intimidación escolar *(bullying);* y la contaminación por partículas se situaron entre los diez primeros factores de riesgo para ambos sexos y ambos grupos etarios. Algunos factores de riesgo estuvieron entre los diez primeros solo para adolescentes jóvenes, como el retraso del crecimiento en la infancia y la exposición al plomo, mientras que otros destacaron para el grupo de mayor edad, como los factores ergonómicos laborales.

Figura 2.3. Los diez principales factores de riesgo a nivel mundial asociados a los AVAD en adolescentes, por sexo y edad, 2019



AVAD: años de vida ajustados en función de la discapacidad
Fuente: Murray et al., 2020 *(180)*.



© OMS/Malin Bring

2.3 Panorama de los factores protectores para la salud y el bienestar adolescentes

Los factores protectores son condiciones, características o comportamientos que aumentan la probabilidad de gozar de buena salud y bienestar, minimizan los efectos de los acontecimientos estresantes de la vida, incrementan la capacidad de una persona para evitar los peligros y fomentan las competencias sociales y emocionales. Es posible mejorar la salud y el bienestar adolescentes si se impulsan los factores protectores que contribuyen al sentido de agencia y la resiliencia y que promueven otras dimensiones de la salud y el bienestar positivos (véase lo relativo al marco de bienestar adolescente en la sección 1.1).

Es cada vez mayor la evidencia de la función que desempeñan los factores protectores a nivel individual, familiar y social en la salud y el bienestar adolescentes. Por ejemplo, en una encuesta realizada entre jóvenes de nueve países caribeños se observó que la conexión con los padres y con la escuela y la asistencia a servicios religiosos se asociaban con menos comportamientos de riesgo para la salud *(182)*. En una revisión de la literatura especializada sudafricana se determinaron los factores asociados con la salud y el bienestar adolescentes con respecto a las relaciones familiares, los recursos sociales, la religiosidad y el tradicionalismo y las condiciones socioeconómicas *(183)*. En un análisis de los indicadores de conexión entre personas jóvenes y adultas en dos grupos de adolescentes con alto riesgo de malos resultados de salud se puso de manifiesto que las relaciones sólidas y positivas con los progenitores y otras personas adultas protegían a la población adolescente de una serie de problemas de salud y fomentaban un desarrollo positivo *(184, 185)*. Según indicaron los resultados del estudio mundial sobre la primera adolescencia, en todos los países, sentir seguridad y protección en la escuela guardó una relación con los resultados emocionales y de comportamiento *(184)*.

También hay cada vez más evidencia de que tener conocimientos básicos sobre salud es un activo a favor de la salud y el bienestar, que ayuda a la población adolescente a alcanzar su pleno potencial y a actuar como participantes informados en la toma de decisiones sobre su propia salud y desarrollo. La OMS define los conocimientos básicos sobre salud como la información y competencias personales relacionados con la salud que se adquieren por medio de las actividades cotidianas, en las interacciones sociales y entre generaciones. Los conocimientos y las competencias personales dependen de las estructuras institucionales y de la disponibilidad de recursos que permitan que la población acceda a los servicios y a la información y que los comprenda, valore y utilice de tal manera que promueva y mantenga una buena salud y bienestar para sí misma y para quienes la rodean *(141)*.

A pesar de su importancia, el nivel de conocimientos básicos sobre salud de la población adolescente suele ser bajo. Por ejemplo, un estudio que fue parte de la encuesta colaborativa de la OMS sobre conducta en materia de salud entre la población en edad escolar del 2017-2018 arrojó información al respecto sobre la población adolescente de diez países europeos. Los datos revelan grandes variaciones entre los países y dentro de cada país. En promedio, el 13,3% de adolescentes de 13 y 15 años tenían un nivel bajo de conocimientos sobre salud, mientras que el 19,5% del mismo grupo etario mostraron un nivel alto *(82, 186)*.

Por último, cada vez se reconoce más que el sueño desempeña un papel importante en el mantenimiento de la salud y el bienestar adolescentes. Esto incluye, por ejemplo, los efectos positivos del buen dormir en el control del peso, la salud mental, el dolor y la enfermedad *(187, 188)*. Aunque el vínculo entre el sueño y la buena salud está bien demostrado *(187, 189)* y es posible un tratamiento eficaz *(190)*, hay pocos datos epidemiológicos sobre la carga de morbilidad, la distribución y los factores de riesgo a escala nacional o regional.

En fecha reciente se ha avanzado en la definición y medición de los factores positivos y protectores en el desarrollo adolescente. Como se comenta en el capítulo 1, el Grupo de Trabajo Técnico H6+ de las Naciones Unidas sobre Salud y Bienestar Adolescente y sus asociados han elaborado una nueva definición y un marco conceptual sobre el bienestar adolescente *(31)* (figura 1.1). Dicho marco conceptual se compone de cinco dominios: 1) buena salud y alimentación óptima; 2) conexión, valores positivos y contribución a la sociedad; 3) seguridad y entorno favorable; 4) aprendizaje, competencia, educación, habilidades y empleabilidad; y 5) sentido de agencia y resiliencia. Sin embargo, en la actualidad, las mediciones para llevar un seguimiento de los avances en materia de bienestar adolescente en estos dominios a



© OMS/Vismita Gupta-Smith

nivel nacional y mundial carecen de uniformidad y hacen falta datos mundiales, en particular sobre los factores protectores para el bienestar adolescente *(191)*. En los casos en los que hay datos, a menudo solo abarcan unos cuantos países, no se siguen de forma coherente a lo largo del tiempo o solo cubren aspectos limitados y específicos del bienestar adolescente *(192)*. Se está trabajando para proponer un conjunto de indicadores prioritarios relativos al bienestar adolescente y para formular orientación sobre seguimiento y evaluación *(193)* (véase el capítulo 6).

2.4 Algunos resultados y determinantes de la salud y el bienestar adolescentes

2.4.1 Traumatismos no intencionales

Las principales categorías de traumatismos no intencionales son los traumatismos causados por el tránsito; las intoxicaciones; las caídas; el ahogamiento; la exposición a fuerzas mecánicas; los desastres de origen natural; y los traumatismos por incendios, calor y sustancias calientes *(172)*. En conjunto, los traumatismos no intencionales son la principal causa de muerte en la población adolescente.

Los traumatismos causados por el tránsito le costaron la vida a más de 100 000 adolescentes de 10 a 19 años en todo el mundo en el 2019 *(172)*. Afectaron a todos los subgrupos de adolescentes por sexo, edad y región, pero los adolescentes varones de mayor edad fueron los que experimentaron la mayor carga, con 18 muertes por 100 000. Los traumatismos causados por el tránsito fueron la primera o la segunda causa de muerte en adolescentes en las siete regiones de la OMS modificadas. Muchas de las víctimas mortales eran usuarios vulnerables de la vía pública, a saber, peatones, ciclistas o usuarios de vehículos motorizados de dos ruedas.

El ahogamiento es también una de las principales causas de muerte en adolescentes, en particular en los hombres. Se calcula que, en el 2019, se ahogaron más de 30 000 adolescentes, de los cuales más de tres cuartas partes eran varones. El 60% de las muertes de adolescentes por ahogamiento ocurrieron en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental. El ahogamiento se ubicó entre las cinco principales causas de muerte en todas las regiones, excepto en los países de ingresos bajos y medianos de África. Cabe destacar, sin embargo, que estos últimos ocuparon el tercer lugar en número absoluto de muertes en la adolescencia por ahogamiento, después de los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, pero otras cargas de morbilidad causaron más muertes de adolescentes en la región *(194)*.

El fuego, el calor y las sustancias calientes también contribuyen notablemente a la carga mundial de mortalidad en adolescentes, con más de 6000 muertes registradas en el 2019. Cerca del 56% del total mundial de muertes por fuego, calor y sustancias calientes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos de África y Asia Sudoriental *(195)*, a menudo por cocinar en fuego abierto o en cocinas (estufas) inseguras.

2.4.2 Violencia

La violencia interpersonal es el uso intencionado de la fuerza o el poder físico contra otra persona, con una gran probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privación *(196)*. Comprende todas las formas de maltrato físico o emocional, abuso sexual, descuido, negligencia y explotación comercial o de otro tipo *(197)*. La violencia durante la adolescencia puede tener graves consecuencias a corto y largo plazo para la salud física, sexual y mental. Es causa de traumatismos, discapacidad y trastornos gastrointestinales, y puede ser fuente de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; estrés postraumático; ansiedad; depresión; síntomas de externalización; trastornos alimentarios; problemas de pareja; trastornos del sueño; lesiones autoinfligidas e ideas suicidas *(198)*; desempeño bajo y deserción escolar; embarazo precoz; problemas de salud reproductiva; y otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La violencia interpersonal es una de las principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes en todo el mundo. Su importancia varía considerablemente según la región: es causa del 40% de las muertes notificadas en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas (hasta 66 muertes por 100 000 entre los adolescentes varones de mayor edad) y del 28% en los de África.

El maltrato infantil y adolescente es una forma de violencia muy extendida pero a menudo oculta. Casi una cuarta parte de las personas adultas mencionan haber sufrido maltrato físico durante la infancia o la adolescencia; el 36%, maltrato emocional; y un 16%, descuido o abandono. En términos generales, el 18% de las mujeres y el 8% de los hombres han sufrido alguna forma de abuso sexual *(199202)*. El maltrato en la infancia y la adolescencia también puede coincidir con otras formas de violencia contra la niñez y con la violencia de pareja, por ejemplo, en el contexto del matrimonio infantil.

Se denomina violencia juvenil al uso intencionado de la fuerza el poder físico por parte de personas jóvenes, de entre 10 y 24 años, para amenazar o dañar a otras. Incluye una serie de actos como las peleas y la intimidación *(bullying),* la violencia relacionada con las pandillas, las amenazas con armas y el homicidio *(203, 204)*.

En un informe de la UNESCO del 2019 se reveló que el 32% de estudiantes declararon haber sufrido intimidación por parte de sus compañeros en la escuela al menos una vez en el último mes. La proporción de estudiantes que ha sufrido intimidación varía según la región, desde el 23% en Centroamérica y el 25% en Europa hasta el 32% en Norteamérica y el 48% en África subsahariana *(205)*. En todo el mundo, unas 200 000 personas de entre 10 y 29 años son víctimas de homicidio cada año, lo que equivale al 42% del total anual de homicidios *(203)*.

La presencia de pandillas en la comunidad, la distribución local de sustancias psicoactivas y la pertenencia a

las pandillas son factores de riesgo conocidos de violencia juvenil. Se llama violencia de pandillas al uso intencionado de la violencia por parte de una persona o un grupo de personas que pertenecen o se identifican con algún grupo juvenil o armado de larga duración y de orientación callejera cuya actividad incluya la participación en actos ilegales *(203)*. La magnitud del problema varía; es mucho mayor en los lugares donde hay un gran número de pandillas con acceso a las armas y las sustancias psicoactivas.

Las personas menores de 18 años con discapacidad tienen casi cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de abusos que sus pares sin discapacidad. Las personas jóvenes con discapacidad intelectual, en especial las mujeres, son las que corren mayor riesgo *(206)*. La población infantil y adolescente con discapacidad tiene un 32% más de probabilidades de recibir castigos físicos severos en el hogar *(100)*, y sufren tasas de intimidación significativamente más altas que quienes no padecen discapacidad. Hay evidencia de que la intimidación o el acoso por sus pares es la causa de más de un tercio del deterioro en la salud mental de la población adolescente con discapacidad *(100, 207)*.

Se denomina violencia colectiva el uso instrumental de la violencia por parte de los miembros de un grupo contra otro a fin de alcanzar objetivos políticos, económicos o sociales *(196)*. Incluye los golpes de estado, las rebeliones, las revoluciones, el terrorismo y la guerra. Por intervención legal se entienden las lesiones infligidas por agentes de la ley al reprimir disturbios, mantener el orden y realizar otras acciones legales. La violencia colectiva y la intervención legal son motivo de especial preocupación en algunas regiones y en determinados entornos frágiles o de crisis humanitarias. En el 2019, la violencia colectiva y la intervención legal en conjunto se ubicaron entre las cinco principales causas de muerte de adolescentes en los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, donde se registraron 4600 muertes, lo que representa el 62% de la mortalidad mundial específica por esa causa (cuadro 2.2). No obstante, la carga mundial en general ha disminuido en comparación con el 2015, año en el que los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental registraron 27 000 muertes de adolescentes debidas a la violencia colectiva y la intervención legal.

2.4.3 Salud sexual y reproductiva, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Anticoncepción, embarazos no deseados y aborto

En muchos lugares, la población adolescente no puede conseguir fácilmente anticonceptivos. Incluso cuando es posible obtenerlos, quizá les falten el sentido de agencia o los recursos para pagarlos y los conocimientos sobre dónde obtenerlos y cómo utilizarlos correctamente. Además, pueden sufrir estigmatización cuando intentan conseguir anticonceptivos *(208)*. Las leyes y políticas que restringen el suministro de anticonceptivos en función de la edad o el estado civil suponen un importante obstáculo para el uso de anticonceptivos por la población adolescente. Los obstáculos legales suelen combinarse con los sesgos o la falta de voluntad de los trabajadores de salud para reconocer las necesidades de salud sexual de esta población.

Se calcula que, en el 2019, 21 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de países de ingresos bajos y medianos tuvieron un embarazo; de estos, aproximadamente la mitad fueron no deseados. Entre 2,2 y 4 millones de tales embarazos no deseados terminaron en abortos que, en los países de ingresos bajos y medianos donde el aborto es ilegal, a menudo son inseguros *(209)*. Como consecuencia, una proporción considerable y desmedida de las muertes y la morbilidad derivadas de las prácticas de aborto en condiciones inseguras recae sobre las adolescentes de los países de ingresos bajos y medianos. Los cálculos indican que el 14% de los abortos inseguros en los países en desarrollo se practican en adolescentes de entre 15 y 19 años *(210)*, mientras que, a nivel mundial, el 11% de los partos corresponden a este grupo etario *(211)*. El 26% de los abortos inseguros en adolescentes en los países en desarrollo se realizan en África, y el 15% en América Latina y el Caribe *(210)*.

Matrimonio infantil

El matrimonio infantil conlleva el riesgo de que las niñas y adolescentes queden embarazadas demasiado jóvenes, porque las mujeres que se casan a temprana edad suelen tener poca autonomía para utilizar métodos anticonceptivos y retrasar la maternidad *(212)*. En muchos lugares, las niñas aceptan el embarazo porque tienen opciones limitadas a nivel educativo y laboral. A menudo, en esas sociedades la maternidad (ya sea dentro del matrimonio o de una unión de pareja o incluso fuera de estos) se valora socialmente, y tanto el matrimonio o la unión como la maternidad pueden ser la mejor opción entre las pocas de que disponen las adolescentes *(213)*. Se calcula que en el 2021 había 650 millones de mujeres que se habían casado antes de cumplir los 18 años *(213)*. A pesar de las disminuciones en las cifras de matrimonio infantil en años recientes, del 25% de las mujeres que se casaban antes de los 18 años en el 2008 al 19% en el 2022, aún tienen lugar unos 12 millones de matrimonios infantiles al año. Los factores específicos varían según el contexto y pueden cambiar con el tiempo, pero la práctica del matrimonio infantil está arraigada en la desigualdad de género y en normas sociales perjudiciales, y motivada por la pobreza, la inseguridad y los obstáculos a la educación de las niñas y las adolescentes *(214)*.

Tasa de fecundidad en adolescentes

A nivel mundial, la tasa de fecundidad en adolescentes ha disminuido, de 65 por 1000 mujeres en el 2000 a 43 por 1000 mujeres en el 2021. El ritmo del cambio ha sido desigual, con la reducción más acusada en Asia meridional y reducciones más lentas en América Latina y el Caribe y en África subsahariana. Esta disminución se refleja en una reducción similar de las tasas de mortalidad materna entre las adolescentes de 15 a 19 años *(446)*.

Aunque la tasa de fecundidad estimada ha disminuido en todo el mundo, el número absoluto de partos en adolescentes sigue siendo elevado. Cerca de 12 millones de adolescentes de 15 a 19 años y al menos 777 000 adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año en los países de ingresos bajos y medianos. El mayor número de partos en adolescentes se produce en África subsahariana, donde se calcula que, en el 2021, hubo 6 114 000 nacimientos entre las adolescentes de 15 a 19 años y 332 000 entre las de 10 a 14 años *(446)*.

Complicaciones del embarazo y el parto

Las complicaciones del embarazo y el parto figuran entre las principales causas de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Entre las afecciones maternas están las hemorragias, la sepsis, los trastornos hipertensivos, el trabajo de parto obstruido, las complicaciones del aborto, las muertes maternas indirectas, las muertes maternas tardías y las muertes maternas agravadas por el sida, la TB y otras infecciones o por enfermedades no transmisibles. Las afecciones maternas fueron la segunda causa de muerte en este grupo etario en el 2019, con 7 muertes por 100 000 (cuadro 2.2). La tasa de mortalidad materna entre las adolescentes de 15 a 19 años fue muy alta en los países de ingresos bajos y medianos de África (20 muertes por 100 000), seguidos por los países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental, de Asia Sudoriental y de las Américas, con 9, 4 y 3 muertes por 100 000, respectivamente *(210, 211, 216, 217)*.

Violencia de género

Aunque la violencia de género afecta a personas de todas las edades, resulta especialmente frecuente en la adolescencia. La violencia de género adopta muchas formas. Abarca la violencia ejercida por la pareja o un familiar; la violencia sexual; la trata de personas; los ataques con ácido; la mutilación genital femenina; el matrimonio infantil, precoz y forzado; y el acoso sexual en escuelas, centros laborales, lugares públicos y, cada vez más, en línea a través de Internet o las redes sociales *(218)*.

Se estima que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres declaran haber sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años *(219)*. Tanto la violencia sexual como la violencia de pareja son perpetradas principalmente por los varones adultos y adolescentes en contra de las mujeres y niñas, pero los hombres también pueden sufrir violencia de género, especialmente en la niñez, aunque con menor frecuencia *(220)*.

Las adolescentes están particularmente expuestas a la violencia y el abuso sexuales. Casi una de cada cuatro adolescentes de 15 a 19 años casadas o que viven en pareja sufre violencia física o sexual por parte de su marido o pareja *(221)*. La violencia de pareja afecta de forma desproporcionada a las adolescentes de 15 a 19 años en los países y regiones de ingresos bajos y de ingresos medianos bajos. Las diferencias entre las regiones de ingresos altos y las de ingresos bajos resultan especialmente marcadas en el caso de la violencia de pareja en los últimos 12 meses, lo que quizá refleja las dificultades para abandonar las relaciones abusivas en los entornos con recursos limitados y donde puede haber mucha estigmatización *(222)*.

Los niños y las niñas con discapacidad tienen un riesgo casi tres veces mayor de sufrir violencia sexual que sus pares sin discapacidad *(223)* y, en el caso de las mujeres con discapacidad, el mayor riesgo se da durante la adolescencia *(224)*. Las adolescentes con discapacidad también pueden ser sometidas a esterilización, uso de anticonceptivos o aborto forzados a petición de familiares o profesionales de la salud. Estos procedimientos se legitiman a menudo argumentando "necesidad médica" o "interés superior", pero se consideran actos de violencia en el marco de los derechos humanos. Las niñas y las adolescentes con discapacidad intelectual o psicosocial o que viven en instituciones residenciales corren el mayor riesgo de sufrir esta forma de violencia *(224-229)*.

La violencia sexual puede tener muy diversas consecuencias, como lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, aflicción no patológica (p. ej., miedo, ira, sensación de responsabilidad, vergüenza, tristeza o culpa, etc.), trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno por estrés postraumático), depresión, síntomas somáticos sin causa médica discernible, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, ideaciones suicidas y lesiones autoinfligidas. El trauma social puede incluir la estigmatización, que lleva a la exclusión, la discriminación y el repudio por parte de la familia y la comunidad *(230)*.

Mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina comprende los procedimientos para la extirpación parcial o total de los genitales externos o para dañar de cualquier forma los genitales femeninos por razones no médicas *(231)*. Ninguna forma de mutilación genital femenina aporta beneficios para la salud. Por el contrario, extirpar o lesionar el tejido genital sano entorpece el funcionamiento natural del cuerpo y puede acarrear diversas consecuencias, tanto inmediatas como a largo plazo *(232)*. La mutilación genital femenina se practica sobre todo en las niñas y adolescentes entre el nacimiento y los 15 años. Prevalece en 30 países de África y en varios países de Asia y del Oriente Medio, si bien en la actualidad está presente en todo el mundo debido a las migraciones internacionales. En el 2014, se calculaba que 12 millones de adolescentes de entre 10 y 14 años en África habían sufrido complicaciones de salud por esta causa, sobre todo en Etiopía, Kenya, Nigeria y Uganda *(232, 233)*.

Infección por el VIH

En el 2022, había al menos 1,7 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años con infección por el VIH en todo el mundo; las mujeres constituían el 54%. Además, se calculaba que 140 000 adolescentes habían contraído la infección recientemente, de los cuales tres cuartas partes eran mujeres. En ese año, apenas cerca del 65% de la población adolescente de 10 a 19 años con infección por el VIH recibía tratamiento antirretroviral, una cifra muy inferior al 77% de cobertura del tratamiento en la población adulta (de 15 años en adelante) en general. Varios factores contribuyen al riesgo desproporcionado de que las adolescentes contraigan el VIH, como las relaciones sexuales con hombres varios años mayores; las bajas tasas de uso de preservativos; la violencia y la coacción sexuales; las normas de género; y el inicio precoz de las relaciones sexuales. Se estima que, en el 2022, hubo 27 000 muertes relacionadas con el sida en adolescentes de todo el mundo. El mayor número de muertes relacionadas con el sida se registró en África oriental y meridional: 16 000 en personas de 10 a 19 años *(234)*. La estigmatización, la discriminación, las leyes y políticas punitivas, la violencia y las desigualdades sociales y de género arraigadas siguen obstaculizando el acceso de la población adolescente a la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.

Otras infecciones de transmisión sexual

La incidencia de otras infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el 2019 fue de 7089 por 100 000; la mayor incidencia se observó en el grupo de 10 a 14 años *(235)*. Tanto por razones sociales como biológicas, la población adolescente sexualmente activa tiene un mayor riesgo de infectarse que otros grupos etarios. Entre dichas razones están una mayor exposición, la susceptibilidad biológica a la infección y un acceso o uso relativamente limitado de los servicios de salud *(236)*. Por ejemplo, el momento de máximo riesgo de contraer la infección por el virus del papiloma humano (VPH) o el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), tanto en hombres como en mujeres, es poco después de que se inicie la actividad sexual, lo que suele ocurrir en la adolescencia *(206, 215, 237, 238)*. La vacunación contra el VPH y el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas son formas costo-eficaces de prevenir el cáncer cervicouterino *(239)*.

2.4.4 Enfermedades transmisibles

Cinco de las diez principales causas de muerte en adolescentes son enfermedades transmisibles (figura 2.4). Además de la infección por el VIH/sida, las otras cuatro son las enfermedades diarreicas, la tuberculosis, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la meningitis. Estas cuatro últimas ocasionaron más de 200 000 muertes de adolescentes en el 2019, con tasas de mortalidad específicas por enfermedad que oscilaron desde 2 por 100 000 para la meningitis hasta 6 por 100 000 para las enfermedades diarreicas.

Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas se deben principalmente a infecciones que se transmiten por la vía fecal-oral; los organismos patógenos suelen ingerirse en alimentos o agua contaminados. Constituyen una causa preponderante de muerte en el grupo de adolescentes jóvenes (cuadro 2.1). A nivel mundial, en el 2019 las enfermedades diarreicas ocuparon el primer lugar como causa de muerte entre las adolescentes jóvenes y el segundo entre los adolescentes varones jóvenes, así como el quinto lugar para ambos sexos en el grupo de 15 a 19 años. En el 2019, las enfermedades diarreicas tuvieron la mayor repercusión en la salud y el bienestar adolescentes en los países de ingresos bajos y medianos de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.

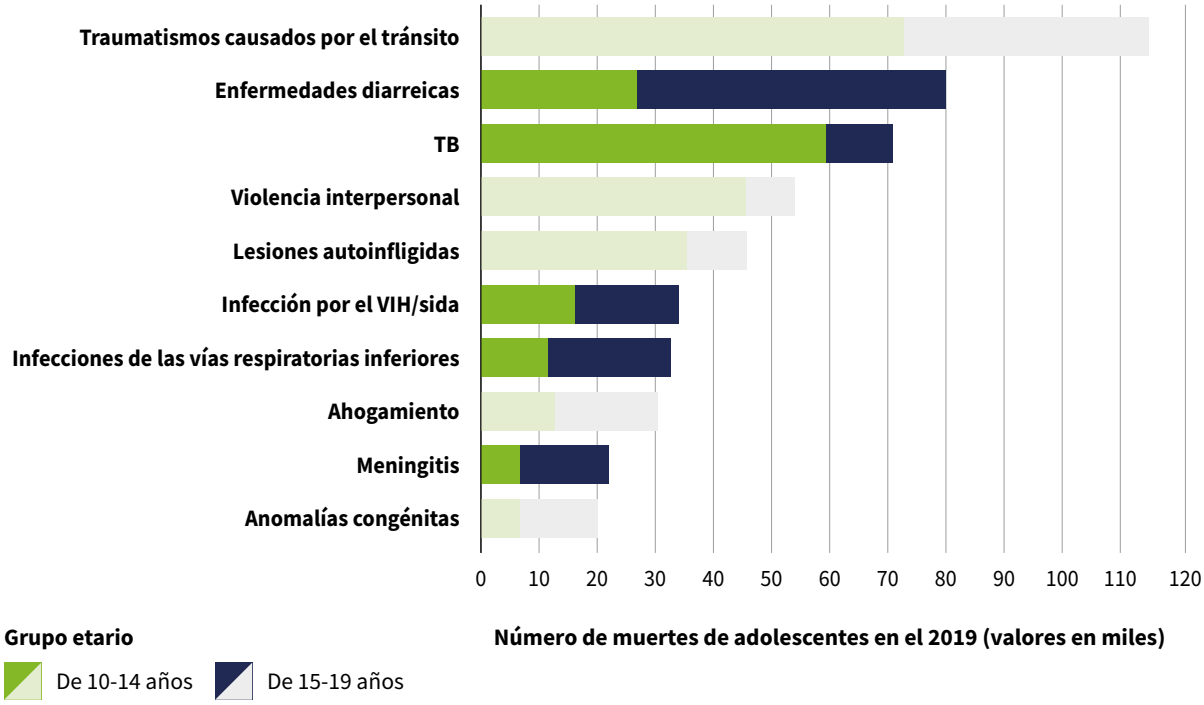
Infecciones de las vías respiratorias inferiores

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores, como la gripe, la neumonía neumocócica y la infección por *Haemophilus influenzae* de tipo b, fueron una causa importante de mortalidad en adolescentes en el 2019, tanto a nivel mundial como en la mayoría de las regiones modificadas de la OMS. Se estimó que las infecciones de las vías respiratorias inferiores fueron una causa de muerte especialmente frecuente en adolescentes jóvenes: casi dos tercios de las cerca de 32 000 muertes por esta causa registradas en adolescentes de todo el mundo en el 2019.

Tuberculosis

En el 2019, aproximadamente 1,8 millones de adolescentes y personas adultas jóvenes (de 10 a 24 años) presentaron TB. Se estima que, en ese mismo año, 71 000 adolescentes (de 10 a 19 años) sin infección por el VIH murieron de TB *(240)*. La TB fue la tercera causa de muerte en adolescentes, con una tasa general de 6 por cada 100 000. La tasa de mortalidad fue más alta en el grupo de mayor edad. Representó la principal causa de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años y la tercera en los varones de ese grupo etario. A nivel regional, se ubicó entre las cinco primeras causas de muerte de al menos un grupo etario en los países de ingresos bajos y medianos de África, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, lo que refleja la alta incidencia y prevalencia en esas zonas. Entre los factores de riesgo de presentar TB figuran la desnutrición, la infección por el VIH, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la diabetes. Sin embargo, hay una variación considerable entre los países en cuanto a la contribución relativa de cada uno de estos cinco factores de riesgo y, por lo tanto, también hay diferencias en cuáles de ellos se deben priorizar como parte de las acciones nacionales para reducir la carga de TB. Para abordar los determinantes más amplios de la epidemia de TB hacen falta acciones y responsabilización multisectoriales *(240)*.

Figura 2.4. Enfermedades transmisibles entre las diez principales causas de muerte de adolescentes en el 2019, a nivel mundial



Fuente: OMS, 2019 *(172)*.

Meningitis

A nivel mundial, la meningitis fue la novena causa de muerte en adolescentes en el 2019, con una carga total de casi 22 000 muertes. Aproximadamente el 70% de las muertes por meningitis ocurrieron en adolescentes jóvenes. No hubo diferencias por sexo. Cerca del 70% de las muertes por meningitis en adolescentes en el 2019 se produjeron en los países de ingresos bajos y medianos de África, y el 30% restante ocurrió sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental y el Mediterráneo Oriental. En todo el mundo se presentan casos de meningitis meningocócica. Sin embargo, las grandes epidemias recurrentes constituyen una enorme carga para la salud pública en los 26 países africanos del llamado cinturón de la meningitis, que abarca desde Mauritania, Senegal, Gambia y Guinea-Bissau en el oeste hasta Sudán, Eritrea, Etiopía, Kenya y la República Unida de Tanzanía en el este.

COVID-19

Aunque la población adolescente experimenta una morbimortalidad directa por COVID-19 mucho menor que las personas de mayor edad *(241)*, se ha visto gravemente afectada por las medidas de respuesta a la pandemia, como el cierre de escuelas, los confinamientos, las restricciones a la movilidad y las interrupciones generalizadas de los servicios *(242)*. Como se describe en el capítulo 1, la pandemia ha exacerbado las desigualdades en materia de género y de edad en esta población, y ha provocado un aumento de la violencia relacionada con la edad y el género. Las desigualdades, la violencia y las dificultades económicas que han enfrentado debido al COVID-19 y a las consiguientes medidas de gestión de la pandemia han afectado su bienestar físico y mental *(144, 243)*.

2.4.5 Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles a menudo son afecciones de larga duración, como los problemas de salud mental (que se describen por separado más adelante), los cánceres, las enfermedades cutáneas, las migrañas, el asma, los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, la diabetes, los errores de refracción no corregidos, la pérdida de audición y las enfermedades bucodentales. La mayor parte de las diez principales causas de años de vida con discapacidad (AVD) en adolescentes de ambos sexos y de los dos grupos etarios son enfermedades no transmisibles, a saber, trastornos de ansiedad, trastornos del comportamiento en la infancia, trastornos depresivos, migraña, dolor de espalda y cuello, errores de refracción no corregidos, pérdida de audición y deficiencias intelectuales idiopáticas. A su vez, la mayor parte de los casos de estas enfermedades no transmisibles se relacionan con la salud mental.

Cáncer

Se estima que la leucemia causó 15 000 muertes de adolescentes en todo el mundo en el 2019 y ocupó el décimo tercer lugar entre las causas de muerte. La leucemia se ubicó entre las cinco principales causas de muerte en los datos desglosados por sexo y edad de los países de ingresos altos (cuadro 2.2), y en los países de ingresos bajos y medianos de las regiones del Pacífico Occidental, las Américas y Europa.

Enfermedades cutáneas

Se estima que las enfermedades de la piel, incluidas la dermatitis, la psoriasis, la sarna, las enfermedades fúngicas y virales y el acné vulgar, fueron la sexta causa de años de vida con discapacidad en la población adolescente a nivel mundial en el 2019. Las enfermedades cutáneas se ubicaron entre las cinco principales causas de AVD en adolescentes de ambos sexos y grupos etarios en casi todas las regiones de la OMS modificadas. El acné es la enfermedad cutánea más frecuente en adolescentes. Es casi universal; comprende desde las formas leves hasta las más graves, y puede ocasionar sufrimiento emocional y dejar cicatrices físicas *(244, 245)*.

Migraña

La migraña es un trastorno neurológico caracterizado por cefaleas recurrentes, causadas por la activación de un mecanismo en una zona profunda del cerebro que desencadena la liberación de sustancias inflamatorias generadoras de dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza *(246)*. En el 2019, la migraña fue la cuarta causa de morbilidad en adolescentes (340 AVD por 100 000). A nivel regional, la migraña se ubicó regularmente entre las cinco primeras causas de AVD en los datos desglosados por edad y sexo (cuadro 2.2). Las mujeres presentaron una tasa de AVD por migraña dos veces superior a la de los hombres.

Asma

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que suele afectar a la población infantil y adolescente. En el 2019, el asma ocupó el décimo segundo puesto como causa de AVD en adolescentes a nivel mundial. En adolescentes varones, el asma fue la segunda causa de AVD en los países de ingresos altos, y la tercera en los países de ingresos bajos y medianos de las Américas. En fecha reciente, la Red Mundial del Asma informó que, a nivel mundial, uno de cada 20 menores en edad escolar presenta síntomas graves de asma. El diagnóstico y el tratamiento del asma pueden implicar un reto en países de todos los niveles de ingresos. En los países de ingresos bajos y medianos, la falta de diagnóstico y el tratamiento inadecuado derivan con frecuencia en cuadros de asma descontrolados *(247)*. El acceso a las herramientas de diagnóstico y a los medicamentos inhalados, en particular los corticosteroides, sigue siendo limitado en muchos países *(247-249)*. En los próximos años, es probable que la crisis climática mundial contribuya a agravar el asma en adolescentes, y que el riesgo de crisis asmáticas agudas aumente debido al incremento de las concentraciones de polen, la prolongación de las temporadas polínicas, el empeoramiento de la calidad del aire y la mayor frecuencia de las tormentas eléctricas *(162)*.

Anomalías congénitas

Las anomalías congénitas, como los defectos del tubo neural (p. ej., espina bífida, hendiduras orofaciales), las malformaciones cardiacas y el síndrome de Down, suelen tener sus mayores efectos en la primera infancia, pero también tienen profundas consecuencias en la salud y el bienestar adolescentes *(250)*. Se estima que, en el 2019, las anomalías congénitas causaron unas 20 000 muertes en adolescentes y fueron la décima causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 2 por 100 000 adolescentes. Las anomalías congénitas también originan una morbilidad importante en la adolescencia. En el 2019, las anomalías congénitas ocuparon el décimo sexto lugar entre las causas de morbilidad en adolescentes y ocasionaron 1,2 millones de AVD. La morbilidad y la mortalidad se distribuyeron en todas las regiones, pero la mayor carga correspondió a los países de ingresos bajos y medianos de África y Asia Sudoriental.

Deficiencias sensoriales

Las deficiencias sensoriales que no se atienden, en especial las de tipo visual o auditivo *(251-254),* tienen profundas repercusiones en la infancia y la adolescencia, tales como problemas en materia de comunicación, aprendizaje en el aula, funcionamiento social, capacidades cognitivas y calidad de vida *(255-257)*. En todo el mundo, la miopía afecta a unos 312 millones de menores de 19 años *(258)*, lo que convierte a la miopía no corregida en la principal causa de discapacidad visual y ceguera en la población infantil. En los estudios analizados en una revisión sistemática, la prevalencia de la pérdida de audición en la población infantil y adolescente en edad escolar varió desde el 0,9% hasta el 46,7% *(259)*. La exposición a los ruidos y sonidos intensos, especialmente en los entornos recreativos, es una causa común de pérdida de audición en este grupo de edad. En Estados Unidos, por ejemplo, se calcula que el 12,5% de la población de entre 6 y 19 años presenta daño auditivo permanente debido a la exposición al ruido *(260)*. La OMS calcula que, en todo el mundo, más de mil millones de jóvenes escuchan música, ya sea con auriculares o en discotecas y clubes, a un volumen lo bastante alto como para dañar la audición *(261)*.

Salud bucodental

A menudo, la población adolescente está expuesta a factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que producen morbilidad más adelante *(262, 263)*. En el caso de las enfermedades bucodentales, el consumo elevado de azúcar, una higiene bucal inadecuada y la alta probabilidad de sufrir traumatismos bucales a consecuencia de los deportes de contacto o los comportamientos de riesgo en la adolescencia pueden traer consigo una mala salud bucodental a lo largo de la vida. Por ejemplo, las caries dentales sin tratar tienen muchas repercusiones negativas en distintas etapas de la vida. Los episodios repetidos de dolor, así como las dificultades para masticar y dormir, merman la calidad de vida y la productividad. El acceso a los servicios de atención primaria de salud bucodental suele estar limitado por la escasez de profesionales del área en muchas zonas y de establecimientos para la atención bucodental en la mayoría de los países. La necesidad

de hacer pagos directos (pagos de bolsillo) puede ser la principal razón por la cual las personas posponen la atención. Pagar la atención bucodental necesaria es un motivo preponderante de gastos de salud catastróficos, que conducen al empobrecimiento y a la penuria económica *(264)*.

2.4.6 Salud mental

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes. Se estima que la prevalencia mundial de trastornos mentales es de un 13,5% entre los 10 y los 14 años y de un 14,7% entre los 15 y los 19 años *(265)*. Un gran número de factores sociales, familiares e individuales interrelacionados repercuten en la salud mental durante la adolescencia, y el cerebro en proceso de maduración es muy sensible a las influencias externas. La exposición a la violencia, la pobreza, la estigmatización y la exclusión, así como la vida en entornos frágiles o de crisis humanitarias, aumentan el riesgo de presentar trastornos mentales. El uso intensivo de la tecnología digital también puede afectar negativamente la salud mental en la adolescencia, aunque la evidencia todavía no es concluyente *(266)*. Si no se abordan, los trastornos mentales de la adolescencia pueden prolongarse hasta la edad adulta, lo que afecta la salud física y mental y limita las oportunidades de las personas de participar plenamente en sus comunidades *(111)*.

Las lesiones autoinfligidas son frecuentes en todos los países y entornos, y constituyen una de las principales causas de muerte en la población joven. Durante la adolescencia, se producen sobre todo en el grupo de mayor edad; en el 2019, fueron la cuarta causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años de ambos sexos y la tercera en las adolescentes de ese mismo grupo etario *(172)*. En los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental, que albergan al 29% de la población adolescente del mundo, las lesiones autoinfligidas son la causa de por lo menos el 40% de las muertes en esta población. Las lesiones autoinfligidas estuvieron entre las cinco principales causas de muerte en adolescentes de por lo menos una categoría de edad y sexo en todas las regiones, excepto en los países de ingresos bajos y medianos de África, donde ocasionaban tasas de mortalidad igualmente elevadas, pero que fueron superadas por la carga de otras enfermedades.

La ansiedad, la depresión y los trastornos del comportamiento fueron tres de las cuatro principales causas de morbilidad en adolescentes en el 2019, con 4,8 millones de AVD *(172)*. Estos tres trastornos de salud mental predominaron en la carga de morbilidad mundial, regional y específica por edad y sexo.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes. En adolescentes, los trastornos de ansiedad se manifiestan por un miedo y una preocupación intensos y excesivos, que suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Los trastornos de ansiedad pueden interferir en las actividades cotidianas y perjudicar la vida familiar, social y escolar. Se calcula que el 3,6% de la población adolescente de 10 a 14 años y el 4,6% de la de 15 a 19 años padecen trastornos de ansiedad *(172)*. En el 2019, los trastornos de ansiedad fueron una causa preponderante de AVD en todas las regiones de la OMS; las tasas variaron desde 246 por 100 000 en los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental hasta 530 por 100 000 en los países de ingresos altos. Es probable que la pandemia de COVID-19 haya aumentado todavía más la ansiedad entre la población adolescente. Las estimaciones consolidadas que se obtuvieron durante el primer año de la pandemia de COVID-19 indicaron que, en ese momento, una de cada cinco personas jóvenes experimentaba síntomas de ansiedad clínicamente intensos, lo que representó aproximadamente el doble de las estimaciones anteriores a la pandemia *(151)*.

> “Nuestra salud mental está dañada. Difícilmente contamos con alguien para hablar del tema sin que nos critiquen o nos juzguen por tener un determinado problema mental. Es difícil comprender a alguien que crece sin apoyo, pero siempre merece la pena intentarlo. Es muy importante para nosotros, como jóvenes que pronto estarán preparados para asumir su papel en el mundo, contar con el apoyo de ONG locales, escuelas u organizaciones como la OMS y otros departamentos de la ONU”.
>
> Estudiante (mujer), de 15-19 años, Serbia

El término **trastornos del comportamiento en la infancia** abarca un conjunto amplio de alteraciones de la conducta que se caracterizan por actitudes agresivas, problemáticas o desafiantes reiteradas, graves e inapropiadas para el nivel de desarrollo *(267)*. Estos trastornos pueden afectar distintos aspectos de la vida de la población adolescente, incluidas las interacciones con sus personas cuidadoras, pares y docentes. Los trastornos del comportamiento en la infancia se ubicaron entre las cinco principales causas de morbilidad en adolescentes en todas las regiones de la OMS modificadas en el 2019, independientemente del sexo o el grupo de edad. La carga de estos trastornos es particularmente alta entre los varones de 10 a 14 años, para quienes fueron la principal causa de AVD en el 2019 *(172)*.

El trastorno depresivo (también conocido como depresión) es un trastorno mental frecuente. Implica un estado de ánimo abatido o la pérdida del placer o el interés en las actividades durante periodos largos. Los trastornos depresivos fueron la causa de 4,2 millones de AVD en adolescentes en el 2019, con una tasa mundial de 342 por cada 100 000. Las tasas de morbilidad regionales oscilaron desde 211 por 100 000 en los países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental hasta 590 por 100 000 en los países de ingresos altos. En adolescentes mayores, los trastornos depresivos fueron la principal causa de morbilidad a nivel mundial, y se ubicaron entre las cinco primeras causas en la mayoría de las regiones de la OMS modificadas. Al igual que los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos parecen haber aumentado en adolescentes durante la pandemia de COVID-19. En un metaanálisis reciente se descubrió que, durante el primer año de la pandemia, una de cada cuatro personas jóvenes en todo el mundo experimentaba síntomas de depresión, lo que suponía aproximadamente el doble de lo estimado antes de la pandemia *(151)*.

2.4.7 Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes es motivo de gran preocupación en países de todos los niveles de ingresos *(269-271)*. En la infancia y adolescencia, este consumo se relaciona con alteraciones neurocognitivas, lo que puede dar lugar a problemas de comportamiento, emocionales, sociales y académicos en etapas posteriores de la vida *(272-274)*.

En los países de ingresos altos, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas estuvieron entre las cinco principales causas de morbilidad y mortalidad en adolescentes en el 2019. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas contribuye a aproximadamente 3,5 millones de muertes al año, así como a la discapacidad y la mala salud de millones de personas. El consumo de sustancias psicoactivas suele iniciarse en la adolescencia.

El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la población adolescente se asocia a una amplia gama de consecuencias negativas, tanto en materia de salud como sociales. Entre ellas figuran los accidentes, la violencia y los comportamientos de riesgo (como las relaciones sexuales sin protección y la conducción peligrosa) *(272)*, y son una causa subyacente de lesiones (incluidos los traumatismos causados por el tránsito), violencia y muertes prematuras.

En el 2016, se estimaba que, a nivel mundial, más de una cuarta parte de las personas de 15 a 19 años consumían alcohol, lo que supone 155 millones de adolescentes. En ese mismo año, la prevalencia del consumo episódico excesivo de alcohol en la población adolescente de 15 a 19 años era del 13,6 %, lo que significa que el 45.7% de la población adolescente que consumía alcohol lo hacía de manera episódica excesiva, con un mayor riesgo para los varones *(275)*.

El cannabis es la sustancia psicoactiva que más consumen las personas jóvenes. En el 2018, alrededor del 4,7% de las personas de entre 15 y 16 años consumieron cannabis al menos una vez *(276, 277)*.

2.4.8 Consumo de tabaco

La gran mayoría de las personas que consumen tabaco hoy en día empezaron a hacerlo durante la adolescencia. Es crucial prohibir la venta de productos de tabaco a menores de edad (personas de menos de 18 años), aumentar el precio de los productos del tabaco mediante impuestos más altos, prohibir la publicidad del tabaco y garantizar entornos libres de humo. En una encuesta mundial en la que participaron adolescentes de 13 a 15 años de 143 países, se observó que el 11,3% (IC de 95%: 10,3-12,3%) de los varones y el 6,1% *(5,6-6,6%)* de las mujeres declararon haber fumado cigarrillos al menos un día en los 30 días anteriores *(278)*. En la encuesta también se descubrió que el 11,2% *(9,9-12,6%)* de los varones y el 7,0% *(6,4-7,7%)* de las mujeres declararon haber consumido productos de tabaco distintos de los cigarrillos, como tabaco de mascar o de inmersión *(dip)*, rapé, puros, puritos, pipa o cigarrillos electrónicos al menos un día en los 30 días anteriores *(278)*. Según una revisión sistemática internacional reciente, el uso de cigarrillos electrónicos ha aumentado; la prevalencia internacional consolidada del consumo de cigarrillos electrónicos por parte de la población joven a lo largo de su vida fue del 15,3%, y el uso en el momento actual, del 7,7% *(279)*.

2.4.9 Actividad física y sedentarismo

La actividad física aporta beneficios fundamentales para la salud en la adolescencia, como una mejor capacidad cardiorrespiratoria y muscular, mejor salud ósea, mantenimiento de un peso corporal saludable y beneficios psicosociales *(280)*. La OMS recomienda que la población adolescente realice, como promedio semanal, al menos 60 minutos diarios de actividad física de moderada a intensa. Esta actividad puede incluir no solo juegos, ejercicio y deportes, sino también actividades de desplazamiento (como montar en bicicleta y caminar) o educación física *(280)*. A nivel mundial, en el 2016 se estimó que solo uno de cada cinco adolescentes cumplía estas pautas *(281)*.

La actividad física insuficiente es frecuente entre adolescentes de todas las regiones de la OMS, y más frecuente en las mujeres que en los varones *(281, 282)*. En el análisis de los datos de 298 encuestas realizadas en centros escolares, en las que participaron 1,6 millones de estudiantes de 11 a 17 años de 146 países y territorios, se reveló que, en el 2016, el 81% no realizaba suficiente actividad física (el 78% de los varones y el 85 % de las mujeres) *(281)*. Esta pauta era similar en el 2001, lo que demuestra la persistencia del problema. La elevada prevalencia de la falta de actividad física fue generalizada, sin que se reconocieran diferencias importantes entre regiones o niveles de ingresos *(281)*.

Las directrices de la OMS sobre la actividad física y el sedentarismo recomiendan que se debe limitar el tiempo que la población infantil y adolescente en edad escolar dedica a las actividades sedentarias, en particular el tiempo de ocio pasado frente a una pantalla *(280)*. El tiempo de ocio pasado ante una pantalla es una de las razones de la elevada prevalencia tanto de actividad física insuficiente como de trastornos del sueño *(283, 284)*. El tiempo de ocio pasado ante una pantalla se define como el tiempo que se dedica a mirar pantallas (de televisión, computadora, teléfonos móviles u otros dispositivos) con fines distintos de la educación, el estudio o el trabajo *(280)*. Un gran número de adolescentes pasan mucho tiempo mirando pantallas de celulares, tabletas, videoconsolas, computadoras y televisores *(283)*. Es cada vez mayor la evidencia que correlaciona estrechamente factores de los hábitos de vida en los grupos de población infantil con la aparición y la progresión de la miopía, entre ellos una actividad intensa de visión de cerca (como factor de riesgo) y más tiempo al aire libre (como factor de protección) *(285)*.

2.4.10 Nutrición

Algunos de los principales retos en materia de nutrición durante la adolescencia son la mala nutrición, ya sea por deficiencia o por exceso (es decir, la desnutrición y la obesidad) y las carencias de micronutrientes (como la deficiencia de hierro, vitamina A o yodo). Todas estas graves amenazas para una nutrición adecuada pueden relacionarse con la situación socioeconómica, el modo de vida, los comportamientos alimentarios y los factores psicosociales subyacentes *(187)*. En los países de ingresos bajos, muchos niños y niñas llegan a la adolescencia en estado de desnutrición, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades y a la muerte prematura. La mayoría de los hábitos alimentarios nocivos se adquieren durante la adolescencia y la juventud y luego se manifiestan como problemas de salud en la edad adulta *(286)*.

La anemia ferropénica es la principal deficiencia nutricional asociada a la morbilidad en adolescentes. La anemia ferropénica fue una de las principales causas de AVD en adolescentes en el 2019. Con excepción de los adolescentes varones de mayor edad, fue la principal causa de morbilidad en ambos sexos y grupos de edad. En el 2019, los países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental y de África registraron la tasa más alta y la segunda tasa más alta de morbilidad secundaria a la anemia ferropénica, respectivamente, y contribuyeron al 50% y al 30% de los AVD en estas regiones.

El sobrepeso y la obesidad se definen como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud”. La OMS describe el sobrepeso y la obesidad como uno de los retos en materia de salud pública más graves del siglo XXI *(287)*. A nivel mundial, en el 2016 más de uno de cada seis adolescentes tenía sobrepeso. La prevalencia variaba entre las distintas regiones de la OMS, desde menos del 10% en Asia Sudoriental hasta más del 30% en las Américas *(288)*. La amplia variación en la frecuencia del sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre los distintos países puede deberse a diferencias en la calidad de los alimentos y a otros factores de riesgo para la salud *(289)*. En adolescentes con discapacidad intelectual hay 1,5 y 1,8 veces más probabilidades de presentar sobrepeso u obesidad, respectivamente que en quienes no tienen esta discapacidad *(290)*.

La nutrición tiene una profunda repercusión en la salud y el bienestar actuales y futuros de la población adolescente. La alimentación saludable y sostenible y las prácticas alimentarias saludables durante la adolescencia pueden compensar los déficits nutricionales y el retraso del crecimiento lineal que se produjeron durante la primera década de vida, y ayudar a evitar los comportamientos nocivos que están contribuyendo a la epidemia de enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Para garantizar una nutrición óptima en la población adolescente se requieren acciones coordinadas entre varios sectores, incluidos los de la salud, la educación y la agricultura *(291)*.

2.5 Entornos frágiles o de crisis humanitarias

Por entornos frágiles o de crisis humanitarias se entienden aquellas zonas afectadas por conflictos armados, desastres de origen natural u otras emergencias. En el 2018, al menos 415 millones de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años vivían en tales zonas en todo el mundo *(166)*. El número de adolescentes desplazados aumentó de 13 millones en el 2009 a 19 millones en el 2017 *(292)*. A nivel mundial, las peores tasas de morbimortalidad prevenible en adolescentes se registran en los entornos frágiles o de crisis humanitarias *(293)*. La carga para la salud aumenta en dichos entornos porque la gobernanza y la infraestructura para la salud se deterioran, y los servicios de protección social y de salud se vuelven mucho menos accesibles *(293)*.

A pesar de que muchos de ellos siguen siendo niños y niñas, hay adolescentes que, en las situaciones de emergencia, asumen responsabilidades propias de las personas adultas, como cuidar de sus hermanos o hermanas o conseguir dinero para el sustento familiar *(292, 294)*. Quienes se separan de su familia en una emergencia carecen de los medios de subsistencia, la seguridad y la protección que brindan las estructuras familiares. Pueden verse en la necesidad de abandonar los estudios, casarse prematuramente o mantener relaciones sexuales transaccionales para sobrevivir. Entre los grupos de población adolescente especialmente vulnerables en entornos frágiles o de crisis humanitarias figuran quienes tienen alguna discapacidad; son de menor edad (de 10 a 14 años); pertenecen a minorías étnicas o religiosas; son combatientes o están vinculados de otra forma con grupos armados; son madres jóvenes; han perdido a sus progenitores; son cabezas de familia; son supervivientes de la violencia sexual, la trata y otras formas de violencia de género; practican relaciones sexuales transaccionales o mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo; y las personas seropositivas *(295)*.

En tales crisis, los principales motivos de preocupación con respecto a la salud y el bienestar adolescentes son los siguientes *(294)*:

- la desnutrición, por ejemplo, emaciación, insuficiencia ponderal o carencias de micronutrientes;
- la asistencia, el tratamiento y los cuidados inadecuados de adolescentes con discapacidad o traumatismos;
- la violencia, por ejemplo la que afecta a los menores combatientes, casi siempre varones, y a las víctimas de la explotación y de los abusos sexuales (incluidos el matrimonio precoz o forzado y la mutilación genital femenina), casi siempre niñas y mujeres;
- la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, los embarazos precoces, las afecciones maternas, los abortos inseguros y las necesidades generales en materia de salud sexual y reproductiva, como el acceso a preservativos y otros métodos anticonceptivos;
- las necesidades de agua y saneamiento, como los materiales y las instalaciones para atender la higiene menstrual;
- los problemas de salud mental, como ansiedad y traumas;
- la falta de medicamentos para enfermedades crónicas, como el asma y la diabetes de tipo 1;
- la interrupción de los estudios; y
- la separación de las redes protectoras familiares o de pares, lo que aumenta el riesgo de violencia, abusos y explotación *(296)*.

Las adolescentes corren un riesgo particularmente alto de sufrir abusos, violencia y explotación sexuales durante las crisis humanitarias. Son vulnerables a la iniciación sexual precoz, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. Son presa fácil de los abusos porque tienen poca experiencia en la vida y escasas posibilidades y aptitudes para hacer valer sus derechos. En muchos entornos afectados por los conflictos, la violencia sexual y de género (incluido el matrimonio forzado) se convierte en un arma de guerra que se utiliza contra las niñas y las adolescentes *(297)*.

Incluso dentro de un entorno familiar relativamente protegido, la escasez de recursos, las limitadas posibilidades laborales de las personas cuidadoras y la falta de mecanismos de protección durante las crisis humanitarias pueden contribuir a que las familias concierten el matrimonio de sus hijas, a fin de aligerar la carga del hogar y asegurar el pago de la dote. Desde la perspectiva de las familias, casar a las hijas puede verse como una manera de protegerlas y de preservar su honor ante las agresiones y las amenazas externas, como la violencia y el acoso sexuales. En Jordania, por ejemplo, la proporción de matrimonios registrados entre la comunidad siria refugiada en los que la novia era menor de 18 años aumentó del 12% en el 2011 (aproximadamente la misma cifra que en Siria antes de la guerra) al 18% en el 2012 y hasta el 25% en el 2013 *(231, 298)*. En cambio, el porcentaje de varones sirios menores de 18 años que contrajeron matrimonio en el 2011 y el 2012 en Jordania solo fue de 1%, lo cual indica que se casa a las chicas con hombres mayores *(231)*. Según los informes, el matrimonio infantil entre la comunidad siria refugiada también ha aumentado en Iraq y Líbano *(299)*.

Los adolescentes varones que son combatientes pueden sufrir traumatismos relacionados con el combate, como la pérdida del oído, la vista o las extremidades *(300)*. Estas lesiones reflejan, por un lado, la mayor sensibilidad del cuerpo infantil y, por el otro, las formas en que participan los menores en los conflictos, por ejemplo, que se les obligue a realizar tareas particularmente peligrosas, como colocar y detectar minas terrestres. Los menores combatientes también son más propensos a los riesgos para la salud que no guardan relación directa con la lucha armada, como las lesiones sufridas al portar armas y cargas pesadas, la desnutrición, las infecciones cutáneas y respiratorias y otras enfermedades infecciosas, como

la malaria. En el caso de las niñas y las adolescentes reclutas, además de combatir, a menudo se les obliga a mantener relaciones sexuales, igual que a los niños, aunque con menor frecuencia. Además, a veces se les dan sustancias psicoactivas o alcohol para animarlos a luchar, lo que les genera dependencia de estas sustancias. La población adolescente reclutada en los ejércitos regulares generalmente está sujeta a la misma disciplina militar que los miembros adultos, lo cual incluye ritos de iniciación, ejercicios extenuantes, castigos y humillaciones concebidos para doblegar su voluntad. Las repercusiones de tal disciplina en la adolescencia pueden ser sumamente perjudiciales para la salud mental, emocional y física.

Por último, niños y adolescentes en situaciones de emergencia no suelen tener acceso a la educación, lo que limitará sus oportunidades en la vida adulta. Además, no cuentan con la protección contra los peligros físicos que suelen ofrecer las escuelas, incluida la protección contra los abusos, la explotación y el reclutamiento por parte de grupos armados. Tampoco tienen acceso a los alimentos, el agua y la atención de salud que brindan las escuelas, además del apoyo psicosocial *(301)*.

Capítulo 3. Comprender lo que funciona: conjunto de intervenciones de la *Guía AA-HA!* basadas en la evidencia

3.1 Conceptualización de las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes 52

3.2 Intervenciones para promover la salud y el desarrollo positivo 53

3.3 Intervenciones para prevenir los traumatismos no intencionales 56

3.4 Intervenciones para prevenir la violencia 60

3.5 Intervenciones de salud sexual y reproductiva, entre ellas las intervenciones relacionadas con la infección por el VIH 65

3.6 Intervenciones contra las enfermedades transmisibles 72

3.7 Intervenciones contra las enfermedades no transmisibles 77

3.8 Intervenciones para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental 79

3.9 Intervenciones para abordar el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas 84

3.10 Intervenciones para abordar el consumo de tabaco 87

3.11 Intervenciones en materia de actividad física y comportamiento sedentario 89

3.12 Intervenciones en materia de nutrición de la población adolescente 90

3.13 Intervenciones en entornos frágiles o de crisis humanitarias 95



© Edith Kachingwe

Capítulo 3.
Comprender lo que funciona: conjunto de intervenciones de la *Guía AA-HA!* basadas en la evidencia

Mensajes clave

- Hoy sabemos más que nunca cómo apoyar la salud y el bienestar adolescentes. Muchas intervenciones cuentan con una base de evidencia sustancial y, cuando se aplican con fidelidad, pueden tener importantes repercusiones positivas en la salud y el bienestar adolescentes. Los países pueden ahora adoptar medidas eficaces para promover y proteger la salud y el bienestar adolescentes.
- Las intervenciones dirigidas a la población adolescente deben operar en todos los niveles del marco ecológico, desde el nivel individual hasta el estructural. Con objeto de reducir las principales cargas y factores de riesgo, es importante que las intervenciones, incluso aquellas dirigidas a grupos de población más amplios, tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de la población adolescente, como la prestación de servicios de salud adaptados a la adolescencia. Las intervenciones deben realizarse con calidad y deben promover la cobertura universal, como el cumplimiento de las leyes de tránsito o la aplicación de políticas y leyes que reduzcan la asequibilidad del tabaco, el alcohol y los alimentos y bebidas poco saludables.
- Dada la multidimensionalidad de la salud y el bienestar adolescentes, la colaboración entre diversos sectores mediante una programación multisectorial o integrada resulta fundamental. El sector de la educación ejerce una influencia particularmente importante en el comportamiento, la salud y el bienestar adolescentes por medio de iniciativas intensivas, a largo plazo y de gran escala llevadas a cabo por profesionales.
- Entre las lagunas en la evidencia se encuentra el conocimiento limitado sobre lo que funciona en el caso de las crisis humanitarias, los programas transformadores de género y las intervenciones digitales.

Panorama del capítulo

Las intervenciones se presentan en este capítulo según las áreas de salud y desarrollo adolescentes con las mayores cargas de morbilidad y factores de riesgo. Las intervenciones se seleccionan principalmente tomando como base las directrices pertinentes más recientes de todos los departamentos de la OMS. Las intervenciones también se extrajeron de las recomendaciones de otros organismos de las Naciones Unidas con el mandato pertinente (por ejemplo, de ONUSIDA en lo que respecta a las intervenciones de prevención de la infección por el VIH) y, en caso necesario, de otras publicaciones importantes de organismos internacionales o artículos de revisión en revistas académicas indexadas.

La pandemia de COVID-19 ha arrojado luz sobre varios dominios importantes de la salud y del bienestar adolescentes, como la salud mental adolescente, las conexiones y los entornos de apoyo familiares y de pares y la necesidad de acceder a servicios de salud reproductiva y a otros servicios. En la sección 3.6 se analizan las respuestas a la COVID-19 en la población adolescente.

Novedades en este capítulo

- la evidencia más reciente sobre intervenciones de eficacia probada en materia de salud y bienestar adolescentes;
- directrices publicadas desde la versión anterior de la *Guía AA-HA!*;
- examen más exhaustivo de las intervenciones en pro del desarrollo positivo (sección 3.2).

3.1 Conceptualización de las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes

Las intervenciones basadas en la evidencia para la salud y el bienestar adolescentes adoptan muchas formas, dependiendo de las afecciones objetivo y sus determinantes (por ejemplo, promover la salud mental o mejores prácticas de higiene), la población destinataria (por ejemplo, la población general o solo la población adolescente), el contexto (por ejemplo, contextos de crisis humanitarias o países de ingresos altos), el nivel ecológico (por ejemplo, dirigidas a personas o a instituciones) y el sector principal (por ejemplo, el sector de la salud o el sector educativo).

En esta sección se describen intervenciones que se dividen en tres categorías:

Intervenciones específicas para la población adolescente. Muchas intervenciones eficaces para abordar las problemáticas que afectan a la población adolescente son específicas de la adolescencia, es decir, están pensadas exclusiva o principalmente para esta población. Algunos ejemplos son la vacunación contra el VPH, la prestación de servicios de salud escolar y la educación sexual integral *(103)*.

Intervenciones con repercusiones más amplias, pero especialmente beneficiosas para la población adolescente. La población adolescente se beneficiará sustancialmente de muchas intervenciones dirigidas a grupos etarios más amplios o a la población general. Por ejemplo, la reducción de la contaminación atmosférica en las ciudades contribuye sustancialmente a crear entornos urbanos más saludables, de los que todas las personas se beneficiarán. Sin embargo, debido a la mayor vulnerabilidad de la población infantil y adolescente a la contaminación atmosférica, el impacto en estos grupos será especialmente importante.

Intervenciones con impacto más amplio que necesitan un diseño adaptado a la edad para que sean eficaces en la población adolescente. Muchas intervenciones a nivel organizativo (como la mejora de la calidad de los centros de atención primaria) y estructural (como la limitación de la promoción y disponibilidad del alcohol) deben diseñarse teniendo en cuenta a la población adolescente; de lo contrario, aunque sean eficaces para la población adulta u otros grupos de población, serán menos eficaces en la población adolescente. Por ejemplo, la limitación del acceso al alcohol y la protección frente a su comercialización deben tener en cuenta dónde se reúnen adolescentes de ambos sexos y su especial vulnerabilidad a la comercialización en línea. Del mismo modo, para mejorar la calidad de la atención es necesario educar y capacitar a los prestadores de atención adaptada a la población adolescente *(302, 303)*. Muchas intervenciones a nivel individual (como el apoyo a la adhesión al tratamiento y a la revelación del estado serológico para la población adolescente con infección por el VIH) también tienen que adaptarse a la edad.

En este capítulo se resumen los tres tipos de intervenciones. Su objetivo es dejar claros los aspectos de las intervenciones que son específicos de la población adolescente, y en él se destaca la importancia de abordar las necesidades especiales de esta población en el diseño y la ejecución de las intervenciones en cualquier nivel del marco ecológico, desde el estructural o el ambiental hasta el individual. En el nivel estructural y ambiental, se describen las intervenciones que operan en el macroentorno. En este nivel, las intervenciones adoptan en gran medida la forma de políticas o de legislación. En el nivel organizativo, las intervenciones implican respuestas a nivel de sistemas, tanto en el sector de la salud como en otros sectores. En el nivel del entorno comunitario o interpersonal, se describen intervenciones que operan en comunidades o familias o con pares o parejas. En el nivel individual, se describen intervenciones dirigidas a la población

adolescente, conscientes de que pueden necesitar apoyo para acceder a tales intervenciones y beneficiarse de ellas. Algunas intervenciones operan en múltiples niveles ecológicos (por ejemplo, la participación de la población adolescente). Se ofrecen ejemplos de intervenciones para cada área de intervención. La presentación de ejemplos de intervenciones de este documento no es exhaustiva.

3.2 Intervenciones para promover la salud y el desarrollo positivo

Los enfoques para promover el desarrollo positivo se basan en el hecho de que la juventud posee recursos que pueden desarrollarse, nutrirse y cultivarse. Tales intervenciones permiten que estos recursos inherentes produzcan amplios beneficios en lo relativo al comportamiento, el desarrollo y el bienestar. Las intervenciones positivas abarcan muchos sectores y están orientadas a diferentes aspectos físicos y psicosociales del desarrollo de la población adolescente. Los principales determinantes de la salud y el bienestar adolescentes se encuentran en gran medida fuera del ámbito del sistema de salud: por ejemplo, las normas familiares y comunitarias, la educación, los mercados laborales, las políticas económicas, los sistemas legislativos y políticos, los sistemas alimentarios y el entorno construido *(216)*.

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

En el cuadro 3.1 se dan ejemplos de intervenciones clave para el desarrollo positivo en el sector de la salud, el sector de la educación y la comunidad en general.

> “Los gobiernos pueden promover la educación y la concientización en materia de salud en la población adolescente mediante programas de educación para la salud y el bienestar en las escuelas, en los servicios de salud y en la comunidad. Pueden utilizar medios innovadores y atractivos —como las redes sociales, los juegos en línea, los videos y los podcasts— para llegar a la población adolescente y brindar información sobre temas de salud y bienestar”.
>
> Estudiante (mujer) de 14 años (México)



© OMS/Malin Bring

Cuadro 3.1. Intervenciones para promover el desarrollo positivo

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Políticas y programas con perspectiva de género	Para alcanzar la meta de la igualdad de género, las políticas deben responder a los factores estructurales que perpetúan las desigualdades de género, y los programas deben aplicar el proceso y la estrategia de integración de la perspectiva de género. Los programas con perspectiva de género abarcan tanto los programas con enfoque específico de género (dirigidos a un grupo concreto de niñas o niños con un propósito específico y que no cuestionan los roles ni las normas de género) como los programas transformadores en materia de género (que se centran en las causas de la desigualdad de género); transforman los roles, las normas y las relaciones de género perjudiciales; y promueven la igualdad de género). En la sección 5.2.8 se ofrece más información y ejemplos de buenas prácticas.
	Protección en línea para la población adolescente	Elaborar y ejecutar una estrategia nacional para la protección de menores en Internet, con un marco jurídico, recursos policiales y mecanismos de denuncia, así como recursos para la educación y concientización.
Organizacional	Servicios y sistemas adaptados a la población adolescente	La atención de salud debe ser accesible y aceptable, promover los conocimientos básicos en materia de salud y proporcionar un conjunto apropiado de servicios, así como citas regulares apropiadas para la edad (por ejemplo, para la vacunación). Los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a la población adolescente son especialmente importantes, ya que el estigma y la discriminación dificultan el acceso de la población adolescente en muchos entornos. Se han elaborado ocho normas para los servicios de buena calidad para la población adolescente; se describen en la figura 5.5 *(304)*.
	Intervenciones para el desarrollo positivo en la juventud *(305)*	Las intervenciones para promover las “5 C” —competencia, confianza, conexión, carácter y cuidado— incluyen programas de fomento de la resiliencia, así como programas de desarrollo de la personalidad.
	Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud*(19)*	Una escuela promotora de la salud (EPS) es aquella que “constantemente mejora sus capacidades para constituir un entorno saludable para vivir, aprender y trabajar”. El concepto de EPS encarna un enfoque escolar integral al utilizar el potencial organizativo de las escuelas para fomentar las condiciones físicas, socioemocionales y psicológicas que contribuyen a la salud, así como a los resultados educativos. Algunos ejemplos de intervenciones son los programas de alimentación escolar y los programas de higiene y saneamiento en las escuelas. La OMS y la UNESCO han establecido normas para las EPS en ocho dominios: 1) políticas y recursos gubernamentales, 2) políticas y recursos escolares, 3) gobernanza y liderazgo escolares, 4) asociaciones escolares y comunitarias, 5) plan de estudios escolar, 6) entorno socioemocional escolar, 7) entorno físico escolar y 8) servicios de salud escolar. Para ejecutar con eficacia iniciativas sostenibles de EPS, la integración de la promoción de la salud en las políticas y las instituciones, así como un sistema de gobernanza sólido e interconectado en los sectores de la educación y la salud, son elementos clave *(54)*.
	Intervenciones de salud digital orientadas a la educación para la salud y la participación de la población adolescente en su propio cuidado	Estos programas exploran el potencial de las intervenciones de salud digital centradas en mejorar la calidad de la atención de salud y el acceso a esta por parte de la población adolescente (por ejemplo, manejo de enfermedades crónicas y educación en materia de salud sexual y reproductiva, como la prevención de las ITS). En ellos se pueden emplear diversos enfoques digitales (por ejemplo, servicios de información a demanda basados en la web, videojuegos activos, comunicación orientada a los clientes a través de mensajes de texto y aplicaciones informáticas para teléfonos móviles o tabletas), en consonancia con las directrices de la OMS sobre intervenciones de salud digital.

Cuadro 3.1. (continuación) Intervenciones para promover el desarrollo positivo

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Comunitario e interpersonal	Programas de participación cívica	Implicar y apoyar de forma significativa a la población joven en sus comunidades puede fomentar su sensación de empoderamiento y promover la autoeficacia, lo que se traduce en una mejora de la salud y del bienestar. Esto puede implicar la creación de una demanda de participación de la juventud, incluida la población adolescente más vulnerable. Las intervenciones incluyen el fortalecimiento de plataformas para la participación cívica de la población adolescente y la promoción del apoyo de la comunidad para ayudar a esta población a desarrollar habilidades y expresar sus opiniones. Las directrices del UNICEF *¡Participamos y nos escuchan!* apoyan el diseño de la participación y el compromiso cívico significativos y equitativos de la población adolescente.
	Intervenciones orientadas a padres y madres o cuidadores	Las intervenciones dirigidas a padres y madres promueven modelos de comportamiento positivos y conexiones emocionales estables con sus hijos e hijas adolescentes. Esto mejora la autorregulación, la autonomía psicológica y la protección de la población adolescente. Los programas de crianza pueden tener múltiples beneficios para esta población: en lo que respecta a su salud mental, sus habilidades comunicativas, el riesgo de ciberacoso y la aparición de trastornos alimentarios, entre otros aspectos. También se puede proporcionar apoyo a padres y madres para que hablen con sus hijos e hijas acerca de la salud sexual y reproductiva como complemento de la educación sexual integral en la escuela. La orientación del programa del UNICEF presenta el contenido fundamental, así como estrategias clave de prestación, incluida la mejora de la comunicación entre padres y madres y sus hijos e hijas adolescentes, el manejo de las dificultades de comportamiento, el uso de técnicas de disciplina positiva y la creación de un entorno seguro *(306)*.
Individual	Iniciativas para la participación de la población adolescente	El fomento de la participación implica involucrar a la población adolescente en el diseño, la ejecución, la gobernanza y el seguimiento y la evaluación de los programas.

Fuentes: UNICEF, 2020 *(307)*, UNICEF, 2022 *(308)*, House, 2012 *(309)*.

3.3 Intervenciones para prevenir los traumatismos no intencionales

Traumatismos causados por el tránsito. Aunque los traumatismos causados por el tránsito son una de las principales causas de muerte en la población adolescente en todo el mundo, las intervenciones con más probabilidades de reducirlos pueden diferir enormemente según el entorno. Por ejemplo, en los países donde las principales víctimas adolescentes del tránsito son conductores adolescentes y sus pasajeros, las intervenciones orientadas específicamente a la población adolescente (por ejemplo, límites de alcoholemia bajos y otras restricciones para conductores jóvenes) podrían ser las más eficaces para reducir la carga en adolescentes (véase el estudio de caso 3.1 de Alemania). Sin embargo, en los países donde hay pocos conductores adolescentes pero las tasas de traumatismos causados por el tránsito en peatones, ciclistas y pasajeros de medios de transporte público son muy altas, puede ser más eficaz llevar a cabo intervenciones a nivel de la población, como desincentivos legales de la conducción temeraria y límites de velocidad más bajos. Estas situaciones son más probables en los países de ingresos medianos y, especialmente, en los de ingresos bajos, donde los traumatismos y las muertes causados por el tránsito afectan en gran medida a usuarios vulnerables de las vías de tránsito, es decir, motoristas, peatones y ciclistas. En la práctica, es probable que con una combinación de intervenciones de ambos tipos, adaptadas al entorno específico, se logre el máximo impacto (cuadro 3.2).

Estudio de caso 3.1

Éxito del planteamiento de tolerancia cero del consumo de alcohol en personas jóvenes conductoras en Alemania



© OMS/Malin Bring

En el 2007, Alemania puso en marcha una ley dirigida a los conductores jóvenes y noveles y a sus comportamientos de consumo de alcohol para reducir los incidentes al volante relacionados con el alcohol. La evidencia ha relacionado los comportamientos de alto riesgo, como el consumo de alcohol, con un aumento de las colisiones. La nueva ley implantó la tolerancia cero para el consumo de alcohol entre los conductores noveles, los que no llevan más de dos años conduciendo y los menores de 21 años. A los conductores jóvenes o noveles a los que se les sorprenda conduciendo bajo los efectos del alcohol se les puede suspender el carné o, según las circunstancias, se les puede imponer una multa de 1 251 000 euros.

Según las evaluaciones realizadas tras la ejecución de la ley, hubo una reducción de los incidentes relacionados con el tránsito en la primera cohorte de conductores jóvenes o noveles en comparación con un grupo de referencia de conductores jóvenes o noveles antes de la ejecución de la ley. Este resultado se confirmó en una evaluación de seguimiento.

Fuente: Adminaité-Fodor *et al.*, 2022 *(310).*

Cuadro 3.2. Intervenciones para prevenir y mitigar los traumatismos causados por el tránsito en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Leyes relacionadas con la edad mínima legal para el consumo de alcohol	Aumentar la edad mínima legal para el consumo de alcohol a 21 años reduce el consumo de bebidas alcohólicas, la conducción bajo los efectos del alcohol y los accidentes y traumatismos relacionados con el alcohol en la población joven.
	Leyes sobre alcoholemia	Fijar para los conductores jóvenes un límite de alcoholemia permitido más bajo (0,02 g/dl) que el recomendado para los conductores de mayor edad (0,05 g/dl). Hacer que se cumplan los límites de alcoholemia, por ejemplo, con pruebas de alcoholemia aleatorias de todos los conductores en un puesto de control o solo de los que parezcan estar bajo los efectos del alcohol.
	Protección frente a la comercialización del alcohol	Limitar el acceso fácil al alcohol y su comercialización, incluyendo políticas escolares de tolerancia cero.
	Leyes sobre el cinturón de seguridad	Cuando se hacen cumplir las leyes que exigen el uso de cinturones de seguridad, aumentan las tasas de uso y disminuyen las tasas de mortalidad. Aunque la mayoría de los países ahora tienen leyes de este tipo, la mitad o más de los vehículos de los países de ingresos bajos no tienen cinturones de seguridad que funcionen bien.
	Leyes sobre el uso del casco	Promulgar leyes sobre el uso obligatorio del casco en vehículos de dos ruedas y hacerlas cumplir. Establecer una norma de seguridad obligatoria para los cascos que sea eficaz para reducir los traumatismos craneoencefálicos.
	Leyes sobre teléfonos móviles	La evidencia sobre si las sanciones por el uso del teléfono móvil mientras se conduce reducen las muertes causadas por el tránsito aún se está generando. La evidencia más reciente indica una posible disminución de la prevalencia del uso del teléfono móvil y de las víctimas mortales en los lugares donde se prohíbe el uso de teléfonos móviles y el envío de mensajes de texto.
	Límites de velocidad	En las vías con altos niveles de actividad de peatones, niños, niñas y adolescentes o ciclistas no se debe permitir una velocidad superior a 30 km/h. Los límites deben aplicarse de tal manera que los conductores crean que es muy probable que los descubran si circulan a mayor velocidad de lo permitido.
	Restricciones a los conductores jóvenes o sin experiencia	Un sistema de carné gradual va ampliando los privilegios de los jóvenes conductores a lo largo del tiempo: en primer lugar, hay un período de aprendizaje prolongado que incluye la capacitación y conducción supervisada de bajo riesgo; después, un carné con restricciones temporales (por ejemplo, sobre el número de pasajeros o el uso del vehículo durante determinadas horas del día); y, por último, un carné definitivo.
	Restricción de la disponibilidad de alcohol para conductores jóvenes	La reducción del horario, los días o los lugares donde se pueden vender bebidas alcohólicas y la reducción de la demanda por medio de mecanismos apropiados de tributación y fijación de precios son maneras costo-eficaces de disminuir el consumo de alcohol y la conducción en las personas jóvenes.
	Desincentivos legales a la conducción temeraria	Hacer menos atractivos los comportamientos temerarios, por ejemplo, sancionando con la retirada de puntos o del carné a quienes conduzcan bajo los efectos del alcohol.
	Medidas de pacificación del tránsito y de seguridad vial	Entre los ejemplos de estas medidas se encuentran las de ingeniería infraestructural (por ejemplo, badenes, minirrotondas o pasos de peatones designados), los cambios de orden visual (por ejemplo, alumbrado de las vías o tratamiento de superficies), la redistribución del tránsito (por ejemplo, calles de sentido único) y la promoción de los medios de transporte público seguros.

Cuadro 3.2. (continuación) Intervenciones para prevenir y mitigar los traumatismos causados por el tránsito en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Atención prehospitalaria	Sistematizar los servicios médicos de urgencia formales, incluido el equipamiento de los vehículos con suministros y dispositivos para la población infantil y adulta. Donde no haya un sistema de atención prehospitalaria para traumatismos, enseñar técnicas básicas de primeros auxilios a las personas que estén interesadas, aprovechar los sistemas informales de atención prehospitalaria y transporte e iniciar servicios de urgencia en las vías muy transitadas donde se producen muchos choques.
	Atención hospitalaria	Mejorar la organización y la planificación de los servicios de atención traumatológica de una manera asequible y sostenible a fin de mejorar la calidad y los resultados de la atención.
	Rehabilitación	Mejorar los servicios de los establecimientos de salud y la rehabilitación en la comunidad para reducir al mínimo el grado de discapacidad después de un traumatismo y ayudar a la población adolescente con discapacidad a alcanzar su máximo potencial.
Comunitario	Campañas contra el alcohol	Hacer que la conducción bajo los efectos del alcohol sea menos aceptable públicamente; alertar a las personas sobre el riesgo de detección y detención y sus consecuencias; y aumentar el apoyo del público a la aplicación de la ley.
	Campañas sobre los conductores designados	Los "conductores designados" deciden no consumir alcohol para poder llevar en automóvil, sin riesgos, a quienes sí lo han consumido. Tales iniciativas deben dirigirse únicamente a las personas jóvenes que superen la edad mínima de consumo de alcohol, para evitar que parezca que se tolera el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores de edad.
	Campañas para promover el uso del cinturón de seguridad	Se pueden realizar campañas públicas sobre las leyes relativas al uso del cinturón de seguridad dirigidas a adolescentes para aumentar su concientización y cambiar las normas sociales de asunción de riesgos.
	Campañas para promover el uso del casco	Educar a la población adolescente acerca de los beneficios de usar el casco en vehículos de dos ruedas, usando la presión social para cambiar los criterios de la juventud con respecto a la aceptabilidad del casco y reforzar las leyes relativas a su uso.
	Proyectos comunitarios	Los proyectos comunitarios pueden recurrir a padres y madres y a los pares para alentar a la población adolescente a usar el cinturón de seguridad.
Individual	Distribución de cascos	Los programas que proporcionan cascos a precio reducido o gratis permiten que la población adolescente con pocos ingresos use el casco. La distribución puede llevarse a mayor escala por medio del sistema escolar.
	Intervenciones relativas a los vehículos motorizados de dos ruedas	Promover el uso de luces de circulación diurna, ropa reflectante o fluorescente, ropa y cascos de colores claros y reflectores en la parte trasera de los vehículos.
	Intervenciones orientadas a los ciclistas	Promover el uso de reflectores frontales, traseros y en las ruedas, lámparas de bicicleta, chalecos reflectantes y cascos.
	Intervenciones orientadas a los peatones	Promover el uso de ropa blanca o de colores claros para aumentar la visibilidad y bandas reflectantes en la ropa o en artículos tales como mochilas; caminar con buena iluminación y caminar en dirección contraria al sentido del tránsito.

Fuentes: OMS, 2007 *(311)*, Olsson, 2020 *(312)*, OMS, 2015 *(313)*, OMS, 2017 *(314)*.

Cuadro 3.3. Intervenciones para prevenir el ahogamiento

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Políticas y legislación adecuadas	Establecer y hacer cumplir la normativa sobre seguridad de la navegación, el transporte marítimo y los transbordadores; aumentar la resiliencia y gestionar los riesgos de inundación a nivel local y nacional; coordinar las medidas para prevenir los ahogamientos con las de otros sectores y agendas; y elaborar un plan nacional de seguridad de las actividades acuáticas.
Comunitario e interpersonal	Mejora de la infraestructura	Mejorar las infraestructuras comunitarias (por ejemplo, barreras que impidan el acceso al abastecimiento de agua, puentes y diques); instalar barreras para limitar el acceso al agua.
	Capacitación	Capacitar a los miembros de la comunidad en materia de salvamento y reanimación seguros.
	Concientización del público	Fortalecer la concientización del público sobre la vulnerabilidad de la población adolescente al ahogamiento (ya que tienden a estar menos supervisados que los niños y las niñas pequeños y son más propensos a consumir alcohol y a tener otros comportamientos de riesgo en el agua).
Individual	Programas públicos de natación	Enseñar gratuitamente a los niños en edad escolar nociones básicas de natación, seguridad en el agua y salvamento seguro.

Fuente: OMS, 2017 *(317)*.

Ahogamiento. Los ahogamientos de adolescentes pueden prevenirse mediante estrategias dirigidas a la población en general y a las comunidades en riesgo. Muchas de ellas se han aplicado con éxito en entornos de ingresos bajos y propensos al riesgo de inundaciones *(315, 316)* (cuadro 3.3).

Quemaduras. Las quemaduras son una de las pocas formas de traumatismo que tienen mayor carga en las adolescentes mujeres que en adolescentes varones *(195)*. Esto se debe a que, en todo el mundo, cerca de 2000 millones de personas de los países de ingresos bajos y medianos —la gran mayoría mujeres— cocinan sobre fuegos peligrosos o en cocinas tradicionales muy básicas en sus propios hogares o como personal doméstico *(318, 319)*. Debido a su juventud, las mujeres jóvenes tienen, en general, menos experiencia y, por tanto, son más propensas a las quemaduras que las mujeres adultas *(320)*.

Las quemaduras se pueden prevenir. Los países de ingresos altos han avanzado considerablemente en la reducción de las tasas de mortalidad por quemaduras, mediante una combinación de estrategias de prevención y mejoras en la atención a las personas con quemaduras. La mayoría de estos avances en materia de prevención y atención se han aplicado de forma incompleta en los países de ingresos bajos y medianos. Si se intensificaran los esfuerzos en este sentido, probablemente disminuiría de forma significativa el número de muertes y casos de discapacidad relacionados con las quemaduras *(195)*.

Las estrategias de prevención deben abordar los riesgos de traumatismos específicos por quemaduras, la educación de los grupos vulnerables y la capacitación de las comunidades en primeros auxilios. Un plan eficaz de prevención de las quemaduras debe ser multisectorial e incluir amplios esfuerzos para:

1. mejorar la concientización;
2. elaborar una política eficaz y hacer que se cumpla;
3. describir la carga y definir los factores de riesgo;
4. establecer prioridades en materia de investigación, dando la máxima prioridad a las intervenciones más prometedoras;
5. aplicar programas de prevención de las quemaduras;
6. reforzar el tratamiento de las quemaduras;
7. fortalecer las capacidades para llevar a cabo todo lo anterior.

También es importante una evaluación cuidadosa de la causa de los traumatismos en la población adolescente; es posible que haya adolescentes, o sus tutores, que declaren falsamente que un traumatismo se debió a un accidente cuando en realidad se debió a lesiones autoinfligidas o a violencia interpersonal. En algunos países, por ejemplo, los llamados crímenes de honor y las muertes causadas por el fuego representan un número significativo de casos notificados de violencia familiar o de pareja contra adolescentes mujeres. Es posible que aquellas que sobreviven a tales agresiones sean obligadas por los agresores a afirmar que los traumatismos fueron accidentales *(300, 318)*. De igual modo, el consumo del alcohol es un importante factor de riesgo de muchos tipos de traumatismos, tanto cuando una persona adolescente es quien consume alcohol como cuando el bebedor o la bebedora (por ejemplo, el padre, la madre o la pareja) causa daños a la persona adolescente *(98, 321)*. En estos casos podrían justificarse otras intervenciones relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas o intervenciones jurídicas. Más adelante, en esta misma sección, se presentan algunos ejemplos.

3.4 Intervenciones para prevenir la violencia

La violencia contra los adolescentes de ambos sexos puede tener efectos importantes y duraderos en la función cerebral, la salud mental, los comportamientos de riesgo para la salud, el riesgo de enfermedades no transmisibles, el riesgo de enfermedades infecciosas como la infección por el VIH y las ITS y el funcionamiento social (cuadros 3.4 y 3.5).

Cuadro 3.4. Intervenciones para abordar la violencia juvenil

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Leyes que prohíben los castigos violentos y penalizan el abuso y la explotación sexuales	Leyes que prohíben los castigos violentos a los niños y las niñas por parte de padres, madres, docentes u otros cuidadores. Legislación que penalice el abuso sexual y la explotación de niños y adolescentes de ambos sexos, incluidas leyes que penalicen el matrimonio infantil y adolescente, el trabajo forzado, la trata, la pornografía infantil, las prácticas nocivas y los daños en línea (véase el recuadro 3.1).
	Reducir el acceso a las armas de fuego y su uso indebido	Los programas pueden requerir nueva legislación, mayor fuerza policial para supervisar su ejecución, campañas de concientización del público y sistemas de seguimiento más complejos.
	Reducir el acceso a las bebidas alcohólicas y el consumo nocivo de alcohol	Reglamentar la comercialización de alcohol a la población adolescente, promulgar leyes que prevengan el consumo abusivo de alcohol, restringir la disponibilidad del alcohol, reducir la demanda mediante impuestos y precios, dar a conocer las políticas y apoyarlas, y ejecutar intervenciones para combatir el consumo nocivo de alcohol.
	Fortalecimiento económico y de los ingresos, incluida la asistencia a la escuela	Las transferencias de efectivo, el ahorro en grupo y los programas de préstamos o microfinanciamiento combinados con la capacitación en materia de equidad de género pueden reducir la violencia a través de diversas vías, como la disminución del estrés en el hogar, la mejora de la supervisión parental o el retraso de la iniciación sexual. Con las subvenciones para cubrir los costos escolares (como tasas y material escolar), así como los costos de oportunidad (por ejemplo, cuando las familias pierden los ingresos procedentes del trabajo infantil), se ha conseguido mantener a la población adolescente en la escuela.
	Modificaciones espaciales y mejoras urbanas	En las zonas con mucha violencia, la prevención de la delincuencia coyuntural implica una evaluación de la seguridad, el análisis de las partes interesadas y un proceso de planificación en el que participen las comunidades, los gobiernos locales y sectores como el de la vivienda, el transporte y otros.
	Reducción de la concentración de la pobreza	En el marco de estas estrategias se ofrecen vales u otros incentivos a los residentes de complejos de viviendas públicas económicamente empobrecidos para que se muden a vecindarios menos empobrecidos.
	Zonas de elevada prevalencia de vigilancia policial	Se despliegan recursos policiales en zonas donde hay mucha delincuencia. La tecnología cartográfica y el análisis geográfico ayudan a detectar las zonas que necesitan mayor cobertura basándose en una combinación de estadísticas sobre delitos, registros de las urgencias hospitalarias, datos sobre actos vandálicos y hurtos en tiendas y otras fuentes de datos.
	Abordar las normas sociales y de género restrictivas y nocivas	Los programas de movilización de la comunidad y los que aumentan la intención de intervenir de los espectadores circunstanciales pueden prevenir la violencia, sobre todo contra las parejas y los conocidos.

Cuadro 3.4. (continuación) Intervenciones para abordar la violencia juvenil

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Intervenciones sobre la oferta y la demanda para el control de las sustancias psicoactivas	El control de drogas puede centrarse en reducir la demanda, la oferta o ambas cosas. La mayoría de las intervenciones requieren una capacidad técnica sustancial dentro de los servicios de salud y las fuerzas policiales.
	Prevención de la violencia en la escuela	El control de las sustancias psicoactivas puede centrarse en reducir la demanda, la oferta o ambas. Para la mayoría de las intervenciones se requiere una capacidad técnica importante por parte de los servicios de salud y las fuerzas policiales. Trabajar con el profesorado acerca de los valores y las creencias, y capacitarlo en materia de disciplina positiva y gestión del aula, inclusive en la capacitación previa al empleo. Prevenir la violencia mediante actividades curriculares. Capacitar al profesorado para que reconozca y explique el acoso escolar al alumnado, qué hacer cuando se produce, aptitudes para establecer relaciones eficaces y aptitudes para los espectadores circunstanciales. Establecer políticas y procedimientos de coordinación en la escuela para apoyar un enfoque escolar integral. Examinar y adaptar los edificios y terrenos escolares; asegurarse de que el presupuesto anual incluya fondos para mejorar las infraestructuras escolares en aras de la seguridad del alumnado. Abordar el abuso en línea en los programas de seguridad escolar (prevención del acoso, prevención del abuso en el noviazgo y las citas, educación sexual) *(322)*. (Véase el estudio de caso 3.2, que describe un programa contra la violencia entre pares en Indonesia para reducir el acoso y la victimización en las escuelas).
	Respuestas de los establecimientos de salud al maltrato de menores	Los prestadores de atención de salud deben pedir explicaciones a los padres, las madres y las personas a cargo del cuidado, de forma abierta y sin prejuicios, sobre los traumatismos o signos y síntomas que puedan estar causados por abusos físicos, sexuales o emocionales o por abandono, solicitando su consentimiento informado para todas las decisiones y medidas que se tomen y que sean adecuadas a su edad, a su capacidad evolutiva y a la edad legal de consentimiento para obtener atención clínica. Para ello, los establecimientos de salud pueden necesitar capacitación adicional y apoyo continuo, que permitan al personal atender adecuadamente a los adolescentes de ambos sexos maltratados, tener acceso a lugares seguros, privados y con los recursos adecuados para realizar las exploraciones, y documentar y denunciar los delitos según sea necesario *(323)*.
Comunitario	Intervenciones de prevención de la violencia callejera y de pandillas	Estas intervenciones pueden centrarse en disminuir la entrada en pandillas, ayudar a quienes quieran dejarlas o suprimir las actividades de estas pandillas. Los líderes comunitarios deben comprometerse para transmitir un mensaje firme de que la violencia de pandillas es inadmisible. Podría recurrirse también a la acción policial, la capacitación profesional y a actividades de desarrollo personal.
	Vigilancia policial orientada a la comunidad y a los problemas	Con el uso sistemático de alianzas entre la policía y la comunidad y de técnicas de resolución de problemas se pueden detectar y abordar los problemas subyacentes para reducir la violencia. Como condiciones previas, es necesario que haya una fuerza policial profesional, legítima y responsable, que no sea represiva ni corrupta, así como buenas relaciones entre la policía, el gobierno local y el público.

Cuadro 3.4. (continuación) Intervenciones para abordar la violencia juvenil

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Interpersonal	Programas de crianza y visitas a domicilio	Los programas tienen por meta que padres y madres comprendan el desarrollo adolescente y sepan ayudar a sus hijos e hijas adolescentes a regular su comportamiento. Los programas pueden impartirse mediante visitas a domicilio o en entornos comunitarios. Por medio de los programas de visitas a domicilio se puede supervisar y apoyar a las familias en las que existe un alto riesgo de maltrato *(324)*.
	Mediación entre pares	Aquellos compañeros o compañeras que vayan a actuar como mediadores serán nombrados por una clase y recibirán de 20 a 25 horas de capacitación sobre cómo mitigar los conflictos entre pares y cómo buscar ayuda en caso necesario. Otros estudiantes también pueden recibir capacitación en resolución de conflictos.
	Prevención de la violencia en el noviazgo y las citas	Actividades participativas en la escuela o extraescolares que abordan las características de las relaciones afectuosas y las abusivas, cómo crear una estructura de apoyo de amistades, aptitudes para la comunicación y dónde y cómo buscar ayuda en caso de agresión sexual.
Individual	Desarrollo de aptitudes para la vida y el aprendizaje social y emocional	Estos programas adaptados a la edad de la población destinataria ayudan a la población adolescente a comprender y controlar la ira y otras emociones, mostrar empatía por los demás y establecer relaciones. Suponen entre 20 y 150 sesiones de clase durante varios años *(325)*.
	Actividades extraescolares y otras actividades de ocio estructuradas	Las actividades de ocio estructuradas pueden abarcar el desarrollo de aptitudes cognitivas y académicas; las artes plásticas, la artesanía, la cocina, los deportes, la música, el baile y el teatro; actividades relacionadas con la salud y la nutrición; y la participación comunitaria y parental.
	Enriquecimiento académico	Estas intervenciones se dirigen a la población adolescente y recurren a los medios de difusión, clases extraescolares o clases particulares para ayudarles cumplir las obligaciones escolares y evitar que abandonen los estudios.
	Formación profesional	La formación profesional para los jóvenes en situación de riesgo puede tener un impacto significativo sobre la prevención de la violencia si se integra en el desarrollo económico y la creación de empleo. Los programas deben garantizar la capacidad de las instituciones que imparten la formación, poner a disposición equipos técnicos, cooperar con las empresas y establecer modelos de financiamiento sostenibles.
	Mentoría	Los mentores voluntarios reciben capacitación sobre el desarrollo adolescente, la formación de relaciones, la resolución de problemas, la comunicación y problemas específicos (como el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas). El mentor o la mentora comparte conocimientos, aptitudes y perspectivas para promover el desarrollo positivo del adolescente o la adolescente en riesgo.
	Enfoques terapéuticos	Las personas especialistas en salud mental o trabajo social trabajan con cada adolescente, a título individual, las aptitudes sociales y la capacitación comportamental, técnicas de autocontrol y control de la ira, así como elementos cognitivos (por ejemplo, el razonamiento moral y el enfoque en perspectiva para que se den cuenta de las repercusiones negativas de la violencia en las víctimas). También pueden dirigirse a las familias y a las redes sociales de la población adolescente en riesgo.

Fuentes: OMS, 2015 *(203)*, OMS, 2016 *(326)*, OMS, 2019 *(327)*, OMS, 2019 *(322)*, Huston *et al*., 2003 *(328)*, Ozer *et al*., 2009 *(329)*, OMS, 2019 *(330)*, Cancian *et al*., 2013 *(331)*.

Cuadro 3.5. Prevención de la violencia sexual y de otras formas de violencia de género

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Refuerzo e integración de los sistemas	Reforzar la respuesta del sistema mediante la integración de los servicios relacionados con la violencia de género en los programas existentes de atención primaria de salud, incluidos los servicios dedicados a la población adolescente y los servicios de salud sexual y reproductiva y los relativos a la infección por el VIH que llegan a esta población.
Organizacional	Servicios de salud para adolescentes que han sido víctimas de actos de violencia sexual o de pareja	Los prestadores de atención de salud deben tener en cuenta la exposición de los menores al maltrato cuando examinen a adolescentes con afecciones que pueden deberse al maltrato o complicarse por este motivo, a fin de mejorar el diagnóstico y la detección, así como la atención posterior, sin exponer a tales adolescentes a un riesgo mayor *(323)*. Capacitar y apoyar a los trabajadores de salud para que presten apoyo de primera línea con empatía cuando lo indiquen los signos y síntomas. El apoyo de primera línea se centra en la víctima y utiliza el enfoque ANIMAAA (Atención al escuchar; No juzgar y validar; Informarse sobre las necesidades y preocupaciones; Mejorar la seguridad; Apoyar; [entorno] Amigable para niños, niñas y adolescentes; y Apoyo a los cuidadores") para niños, niñas y adolescentes y las personas a cargo de su cuidado, incluida la capacitación de los prestadores y la prestación de apoyo a personas a cargo del cuidado que no cometieron la agresión para que apoyen al adolescente o la adolescente *(330)*. La atención de salud mental debe prestarse de acuerdo con las directrices de la OMS. También debe ser posible la derivación para atender otras necesidades, de tipo jurídico, psicosocial y de alojamiento.
	Intervenciones para reducir la violencia interpersonal y responder a ella	Consisten en programas escolares para prevenir la violencia en el noviazgo y las citas, programas de múltiples componentes para la prevención de la violencia, capacitación escolar para ayudar a niños y niñas y adolescentes a reconocer y potencialmente evitar situaciones de abuso sexual, iniciativas escolares de desarrollo de habilidades sociales y emocionales, y servicios de asesoramiento.
Comunitario e interpersonal	Intervenciones para reducir la violencia interpersonal y responder a ella	Estas intervenciones se basan en la teoría de las normas sociales y se centran en cambiar las normas sociales y culturales de género. Incluyen campañas de concientización en los medios de comunicación y trabajo específico con hombres y niños y adolescentes varones *(323, 330)*.
	Apoyo a las víctimas	Implicar a padres y madres o personas a cargo del cuidado que no han cometido la agresión únicamente si el adolescente o la adolescente lo desea o está de acuerdo específicamente, o si su seguridad o su vida están en peligro.
Individual	Apoyo a las víctimas	Las intervenciones, como el tratamiento psicológico para mejorar los resultados cognitivos, emocionales y comportamentales, son específicas para la población de niños, niñas y adolescentes expuestos a este tipo de violencia. Detectar y tratar los trastornos emocionales y conductuales.

Fuentes: OMS, 2014 *(333)*, OMS, 2017 *(334)*, OMS, 2013 *(335)*, OMS, 2017 *(336)*.

La OMS recomienda que las intervenciones contra el maltrato de menores sean polifacéticas, a fin de atender de forma más eficaz las necesidades específicas de la población adolescente, lo que implica mejorar la capacitación y la educación profesional de todos los cuadros de profesionales de la salud acerca de la naturaleza y el impacto del maltrato de la población adolescente; el desarrollo y la ampliación de servicios de prevención y tratamiento para adolescentes víctimas de maltrato y sus familias; y sistemas que evalúen e intervengan mejor con adolescentes víctimas de maltrato *(337)*. Además, estas intervenciones deben tener en cuenta factores interrelacionados que aumentan el riesgo de violencia y abuso entre grupos específicos de la población adolescente (por ejemplo, adolescentes con discapacidad) y que afectan a su acceso a los servicios y al apoyo adecuados. Se ha demostrado que las actividades integrales que ayudan a prevenir la violencia y que implican a todas las partes interesadas importantes en la vida de una persona joven son más eficaces para prevenir la violencia que aquellas que se centran únicamente en un grupo destinatario concreto. Mediante este enfoque se anima a escuelas y comunidades enteras a compartir la misma visión de reducir la violencia, y se apoya al profesorado, a los trabajadores de salud, a padres y madres y a la comunidad en su trabajo con adolescentes hacia esta meta común.

Estudio de caso 3.2

Roots, programa indonesio contra la violencia entre pares, reduce el acoso y la victimización en las escuelas



© OMS/Nursila Dewi

En consonancia con el objetivo del Ministerio de Empoderamiento de la Mujer y Protección de la Infancia de Indonesia de prevenir y reducir la violencia y el acoso entre jóvenes, el UNICEF y sus asociados ejecutaron una versión adaptada del programa estadounidense Roots, un programa de intervención contra el acoso. El programa Roots está orientado a fortalecer la lucha contra el acoso mediante actividades dirigidas por el alumnado. Se basa en herramientas de intervención contra la violencia y el acoso eficaces y basadas en la evidencia que se han utilizado con éxito en varios países.

En Indonesia, la intervención de Roots incluyó un programa de formación del profesorado para aumentar sus conocimientos sobre prácticas disciplinarias positivas. A través de esta intervención se reclutó a estudiantes para que actuaran como agentes de cambio tras ser votados por sus pares para desempeñar ese papel. Los agentes de cambio celebran sesiones periódicas para detectar los problemas relacionados con la violencia y el acoso en sus escuelas y trabajan en la búsqueda de soluciones con jóvenes facilitadores. Las escuelas que participaron en el programa desarrollaron con éxito acuerdos contra el acoso y vieron cómo se reducían los incidentes relacionados con el acoso y la victimización. Sin embargo, en algunas zonas donde se aplicó el programa, el número de incidentes relacionados con el acoso detectados aumentó debido a la mejora de los mecanismos de denuncia del acoso. En general, en todas las regiones de Indonesia se observaron notables mejoras en el alumnado, los agentes de cambio y el profesorado en sus respuestas al acoso.

Fuente: UNICEF, 2003 *(332)*.

Recuadro 3.1. Estrategias para reducir la violencia en línea contra niños, niñas y adolescentes

La tecnología digital forma ya parte habitual de la adolescencia. Las tecnologías digitales aportan muchos beneficios, pero también pueden ser nocivas. La violencia en línea contra niños, niñas y adolescentes, también denominada violencia facilitada por la tecnología, consiste en el uso de computadoras, teléfonos móviles u otras formas de comunicación digital para acceder a niños, niñas o adolescentes, amenazarlos o hacerles daño. Puede provocar sufrimiento físico, sexual o emocional a corto y largo plazo. La violencia en línea adopta muchas formas. A veces, los adolescentes de ambos sexos conocen a sus futuros agresores por primera vez en Internet. Los abusos sexuales pueden filmarse y las imágenes difundirse en línea. El envío no solicitado de mensajes de texto con contenido sexual (denominado *sexting*) y la extorsión sexual pueden incluir el envío de mensajes o imágenes sexuales a menores o la presión a menores para que manden mensajes o imágenes sexualmente explícitos, o el uso de estos sin consentimiento. Los contactos en línea pueden intentar atraer al niño, niña o adolescente para que se reúna con ellos con fines sexuales. En otros casos, el acoso escolar puede continuar en casa a través de las redes sociales, exponiendo a los jóvenes de ambos sexos a amenazas o discursos de odio en línea (incluidos mensajes racistas, homófobos y sexistas).

La OMS sugiere las siguientes estrategias para contrarrestar la violencia en línea contra la población adolescente *(338)*:

- Fortalecer las leyes y hacer que mejore su cumplimiento. Esto puede lograrse promulgando una legislación nacional integral para proteger a los jóvenes de la violencia tanto por Internet como por otros medios. La capacitación de las fuerzas de seguridad para reconocer y responder al abuso en línea y la creación de mecanismos de denuncia seguros y accesibles son partes importantes de la respuesta estructural.
- Abordar los factores de riesgo que hacen a la población infantil y adolescente vulnerable a la captación por delincuentes sexuales. Se sabe que la pobreza, el consumo de sustancias psicoactivas y el abandono son factores determinantes de la captación de menores. Abordar estos riesgos mejorando las oportunidades económicas, previniendo el consumo de sustancias psicoactivas y estabilizando a las familias.
- Proporcionar supervisión tecnológica. En colaboración con los proveedores de servicios digitales, incorporar elementos de seguridad en el diseño de los servicios en línea, reducir la producción y difusión de imágenes de abusos sexuales a menores e impedir que los abusadores utilicen las plataformas digitales para acceder a la población joven.
- Implicar a padres y madres, personas a cargo del cuidado y el profesorado. Mediante los programas de crianza se puede enseñar a padres y madres a hablar con sus hijos e hijas sobre la seguridad en Internet. La seguridad digital debe integrarse en los programas escolares, y el profesorado debe recibir formación para responder a las amenazas o los abusos en línea.

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

Los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de la población adolescente son limitados en muchos países de ingresos bajos y medianos. A pesar de los esfuerzos por mejorar la aceptación, sigue habiendo muchas necesidades insatisfechas, y gran parte de la población adolescente sufre consecuencias adversas como embarazos no deseados, abortos inseguros, violencia sexual e ITS, incluida la infección por el VIH. Las niñas y las adolescentes son especialmente vulnerables y se ven afectadas de forma desproporcionada por unos servicios de salud sexual y reproductiva deficientes y una educación inadecuada en materia de salud sexual y reproductiva (cuadros 3.6-3.9).

Cuadro 3.6. Intervenciones de salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Políticas y planes de ejecución financiados	Desarrollar y aplicar leyes y políticas que establezcan claramente que todos los adolescentes, de ambos sexos, pueden obtener información precisa y completa sobre salud sexual y reproductiva, apoyo en la toma de decisiones por parte de un profesional de salud cualificado, un trato respetuoso y la elección voluntaria de una serie completa de métodos anticonceptivos, con independencia de la edad, el estado civil o el número de partos. Incluir la anticoncepción para adolescentes en la cobertura universal de salud y en los planes de seguro nacionales o utilizar otros enfoques, como ofrecer vales u ofrecer servicios subvencionados a través del mercadeo social, de franquicias sociales y de planes de recuperación de costos. Ejecutar intervenciones para reducir el costo económico de los anticonceptivos o hacer que sean gratuitos para la población adolescente.
Organizacional	Programas de educación entre pares	La educación entre pares no debe utilizarse de forma aislada, sino como parte de un conjunto de iniciativas que brinden información, fomenten actitudes positivas y promuevan cambios de comportamiento y un mayor uso de los servicios. Los programas de educación entre pares también deben ser accesibles e inclusivos para los grupos marginados de adolescentes, como los que tienen discapacidad, no solo aumentando su acceso a la información de salud, sino también reforzando sus redes de protección entre pares *(339)*.
	Provisión de educación sexual integral	En todos los países, la educación sexual integral debe integrarse en los programas escolares e incluir la promoción de la igualdad de género y el respeto de los derechos humanos. Se debe proporcionar formación e información al personal pertinente del sector de la salud, incluso en el nivel político. Para llegar a la población adolescente no escolarizada, hay que centrarse tanto en la educación sexual integral en la escuela como en la extraescolar y crear sinergias entre ambas. Detectar y abordar los obstáculos al acceso a los programas de educación sexual integral que enfrentan algunos grupos de adolescentes, como los que tienen discapacidad *(340)*. Iniciar los programas de educación sexual integral en la infancia y continuar hasta la adolescencia, teniendo cuidado de seguir las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*.
	Provisión de asesoramiento y servicios anticonceptivos	La atención anticonceptiva debe ser accesible, aceptable y adecuada a la edad; no se debe estigmatizar, discriminar ni prohibir a la población adolescente que acceda a ella. Los servicios de salud adaptados a la población adolescente que adoptan un enfoque centrado en los usuarios pueden ayudar a los trabajadores de salud a comprender y responder a las necesidades diferentes y cambiantes de los distintos grupos de adolescentes. Llevar a cabo intervenciones a gran escala que proporcionen información exacta y educación acerca de los anticonceptivos, en particular educación sobre la sexualidad como parte del plan de estudios, a fin de aumentar el uso de métodos anticonceptivos por la población adolescente. Se debe proporcionar toda la gama de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia, cuando la legislación lo permita. Los trabajadores de salud deben recibir capacitación e información sobre las circunstancias en las que la legislación y las políticas de su país les permiten prestar servicios de aborto seguro.
	Provisión de servicios de prevención y atención de las ITS y la infección por el VIH	Los servicios de pruebas y atención de las ITS y la infección por el VIH deben prestarse de forma que se proteja la intimidad y la confidencialidad. Los adolescentes de ambos sexos que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) deben ser objeto de un seguimiento cuidadoso y recibir apoyo para ayudarles a seguir tomando su medicación, incluso si se enfrentan a dificultades derivadas, por ejemplo, de los efectos secundarios. En el recuadro 3.2 se analiza la integración de los servicios de ITS y de la infección por el VIH con los de anticoncepción.

Cuadro 3.6. (continuación) Intervenciones de salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Aprovechamiento de los sistemas digitales de apoyo a la toma de decisiones y de manejo de pacientes para reforzar la coordinación de la atención y la calidad de la prestación de servicios *(341-343)*	Los sistemas informáticos pueden reforzar las directrices de atención clínica recomendadas por la OMS con apoyo a la toma de decisiones y manejo de pacientes que fortalezcan la capacidad de los prestadores de atención de salud para apoyar, detectar, derivar y manejar a la población adolescente en relación con sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
Comunitario e interpersonal	Ofrecimiento de diversos canales para que las personas jóvenes accedan a los anticonceptivos y llegar a ellas allí donde se encuentren	Ampliar la distribución y el suministro basados en la comunidad, incluidos los servicios móviles de extensión, las farmacias y los establecimientos de venta de medicamentos, así como los servicios basados en la escuela o en el lugar de trabajo.
	Atención de la población adolescente con infección por el VIH	Proporcionar atención integral a la población infantil (y la adolescente) con infección por el VIH o exposición al VIH.
Individual	Participación de la población adolescente	Involucrar a una variedad de adolescentes y jóvenes como defensores dedicados para dar impulso a la ampliación. Invertir en jóvenes líderes que reflejen diferentes grupos, incluidas las minorías indígenas y de género, y las personas con discapacidad.
	Prevención de la infección por el VIH en la población adolescente	Ofrecer la circuncisión médica masculina voluntaria en países con epidemias generalizadas de infección por el VIH, así como el acceso a los preservativos y a otros métodos anticonceptivos. Las intervenciones comportamentales suelen abordar los conocimientos, las actitudes, la percepción del riesgo, las normas, la demanda de servicios relacionados con la infección por el VIH y las aptitudes. Entre ellas se encuentran la comunicación interpersonal y mediática y los incentivos financieros y de otro tipo como parte de un paquete integral.
	Tratamiento de la infección por el VIH en la población adolescente	El TAR debe iniciarse en todos los adolescentes de ambos sexos con infección por el VIH, sea cual fuere el estadio clínico según la clasificación de la OMS y el recuento de linfocitos CD4. Es fundamental iniciar el TAR en todos los adolescentes de ambos sexos con enfermedad por el VIH grave o avanzada (etapas clínicas 3 o 4 de la clasificación de la OMS) o con cifras de linfocitos CD4 ≤350/mm^3.

Fuentes: UNESCO, 2018 *(103)*, ChandraMouli *et al.*, 2015 *(344)*, Igras *et al.*, 2014 *(345)*, Siddiqui *et al.*, 2020 *(346)*, OMS, 2021 *(347)*, UNESCO, 2009 *(349)*, Coalición Mundial para la Prevención del VIH, 2019 *(350)*, Family Planning and High Impact Practices, 2013 *(351)*.

Recuadro 3.2. Integración de los servicios para la infección por el VIH y las ITS con los de anticoncepción

Los servicios integrados pueden ampliar el alcance, la calidad y la atención para servir mejor a las adolescentes y mujeres en alto riesgo de contraer el VIH u otras ITS y que están utilizando anticonceptivos.

- Las adolescentes y las jóvenes deben tener más opciones anticonceptivas en todo tipo de entornos de prestación de servicios, incluidos los consultorios de planificación familiar y los establecimientos de atención primaria de salud. Estos servicios deben incluir la provisión gratuita de preservativos masculinos y femeninos, que son el único método polivalente para prevenir la infección por el VIH, las ITS y los embarazos no deseados.
- Las adolescentes y las jóvenes que acceden a los servicios de anticoncepción —sobre todo en los países con carga alta de infección por el VIH— deben contar con un acceso fácil y asequible a servicios de pruebas, prevención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, integrados y de calidad, que respondan a los derechos y las preferencias de las adolescentes y las mujeres.
- El derecho de las adolescentes y las mujeres a una información completa e imparcial debe garantizarse en todos los entornos de atención de salud y en la comunidad. Esto abarca información básica sobre los factores de riesgo de las ITS y de la infección por el VIH; ventajas, desventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos, incluido el mensaje de que los métodos que no sean el preservativo no previenen las ITS ni la infección por el VIH; y cualquier cambio o requisito normativo relevante que pueda afectar a sus elecciones, como las prohibiciones de anticonceptivos relacionadas con la edad, las prohibiciones de servicios de salud sexual y reproductiva o los cambios en la legislación sobre el aborto.
- Los servicios de anticoncepción, y relacionados con la infección por el VIH y las ITS deben formar parte de una respuesta de salud más amplia que incluya tanto los servicios de salud sexual y reproductiva como los de atención primaria en el contexto de la cobertura universal de salud.

Fuente: OMS, 2020 *(352)*.

Cuadro 3.7. Intervenciones para prevenir la mutilación genital femenina

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Introducción y aplicación de leyes contra la mutilación genital femenina	Para más información, véase OMS *(353)*, Crisman *et al*. *(354)*, OMS *(353-357)*.
	Iniciativas de los medios de comunicación	Entre los medios de comunicación de masas se encuentran la radio y la televisión, que pueden transmitir música, narraciones y poemas *(355)*.
Organizacional	Apoyo del sector de la salud a las víctimas	Entre las recomendaciones figuran la desinfibulación, el apoyo a la salud mental y la salud sexual femenina. En lo que respecta a las niñas, las adolescentes y las mujeres con cualquier forma de mutilación genital femenina, debe considerarse la terapia conductual cognitiva si presentan síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, depresión o trastorno por estrés postraumático, y se recomienda la orientación sexual para prevenir o tratar la disfunción sexual femenina *(356)*.
	Los trabajadores de salud pueden actuar como líderes de opinión.	La comunicación centrada en la persona para la prevención de la mutilación genital femenina utilizando el “enfoque ABCD” (por su acrónimo en inglés; consiste en evaluar los puntos de vista de la usuaria sobre la mutilación genital femenina; abordar y cuestionar sus creencias; explorar la posibilidad de cambio; y decidir con la usuaria los siguientes pasos que deben darse) ha demostrado su eficacia a la hora de cambiar los conocimientos y las actitudes de las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal en entornos donde la mutilación genital femenina es prevalente *(357)*.
Comunitario e interpersonal	Comunicación para el cambio	Para más información, véase OMS *(353, 353-357)*.
	Rituales de iniciación alternativos	Para más información, véase OMS *(353, 355-357)*.

Cuadro 3.8. Intervenciones para prevenir el matrimonio temprano e infantil

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Los líderes políticos, los planificadores y los líderes comunitarios formulan y hacen cumplir leyes y políticas para prohibir el matrimonio infantil y adolescente.	Es probable que un enfoque multisectorial y multidimensional sea más eficaz para acabar con el matrimonio infantil y adolescente que cambiar únicamente las leyes y las políticas.
	Protección social	Puede incluir transferencias, seguros y servicios para aumentar la resiliencia, reducir el estrés económico y prevenir estrategias negativas de afrontamiento en los hogares, como el matrimonio infantil y adolescente.
Organizacional	Ofrecer más oportunidades de educación para las niñas y las adolescentes por canales formales e informales	Mejorar el acceso de las adolescentes a la educación tiene muchos beneficios, como la reducción de las tasas de matrimonio infantil y adolescente.
	Invertir en la educación y la formación profesional de las niñas y las adolescentes	Cuanto más tiempo dedique una niña o una adolescente a la educación, mayor será la reducción del riesgo de matrimonio infantil y adolescente.
	Determinar los principales factores que propician el matrimonio infantil en los entornos locales	Aunque la discriminación de género es un factor determinante del matrimonio infantil y adolescente, los factores que lo propician varían de un lugar a otro. Entre ellos figuran la pobreza, la falta de oportunidades de estudio y trabajo, la existencia de normas sociales y culturales restrictivas y la inseguridad derivada de guerras o conflictos civiles. La combinación de estos y otros factores determinará el conjunto de medidas que deberán utilizarse en cada contexto *(358)*.
	Mejorar el acceso a los servicios para adolescentes que han contraído matrimonio	Esto podría adoptar la forma de apoyo psicológico o de servicios de salud reproductiva. Con un sentido de agencia y un poder limitados en las relaciones conyugales y, en algunos casos, una movilidad restringida, las adolescentes pueden requerir servicios especiales de extensión adaptados a la población joven.
Comunitario e interpersonal	Poner en marcha intervenciones para informar y empoderar a las niñas y las adolescentes	

Fuentes: Save the Children, 2016 *(297)*, OMS, 2011 *(359)*.

Cuadro 3.9. Promoción de la atención pregestacional, prenatal y durante el embarazo para adolescentes

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Aprovechar los sistemas digitales de apoyo a la toma de decisiones y de manejo de pacientes para reforzar la coordinación de la atención y la calidad de la prestación de servicios	Los sistemas informáticos que refuerzan las directrices de atención clínica recomendadas por la OMS con apoyo a la toma de decisiones y el manejo de pacientes fortalecen la capacidad de los prestadores de atención de salud para apoyar, examinar, derivar y manejar a la población adolescente en relación con sus necesidades de salud prenatal de una manera adaptada a esta población *(341)*.
Comunitario e interpersonal	Garantizar el acceso a servicios prenatales, de atención al parto y posnatales adaptados a la población adolescente que sean accesibles, aceptables y apropiados para esta población. Abordar los retrasos en la búsqueda y obtención de atención de salud materna adecuada. Ampliar la disponibilidad de atención prenatal, atención al parto y atención posnatal eficaces para la población adolescente	La atención prenatal incluye la preparación para el parto y para las complicaciones. Se recomiendan intervenciones que aumenten el uso de la atención especializada en el parto y el uso oportuno de la atención posnatal para la adolescente, el recién nacido y la familia. Se recomiendan intervenciones para promover la participación de los varones durante el embarazo, el parto y el posparto, con el fin de facilitar y apoyar la mejora del autocuidado de las mujeres, la mejora de las prácticas de atención domiciliaria para las mujeres y los recién nacidos, la mejora del uso de la atención especializada durante el embarazo, el parto y el posparto para las mujeres y los recién nacidos, y el aumento del uso oportuno de la atención en establecimientos de salud para las complicaciones obstétricas y neonatales. Se recomiendan estas intervenciones, siempre que se apliquen de forma que respeten, promuevan y faciliten las opciones de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y apoyen a las mujeres en el cuidado de sí mismas y de sus recién nacidos. Para garantizar esto, se recomienda el seguimiento y la evaluación rigurosos de la ejecución. En los casos en que las parteras tradicionales sigan siendo las principales prestadoras de atención en el parto, se recomienda el compromiso y el diálogo con las parteras tradicionales, las mujeres, las familias, las comunidades y los prestadores de servicios para definir y acordar funciones alternativas para las parteras tradicionales, reconociendo el importante papel que pueden desempeñar en el apoyo a la salud de las mujeres y los recién nacidos. Recurrir a trabajadores de salud sin formación especializada, incluidas las parteras tradicionales capacitadas, para promover la adopción de una serie de comportamientos positivos y servicios de atención de salud relacionados con la salud materna y neonatal, a fin de proporcionar un apoyo social continuo durante el parto en presencia de una persona con las competencias adecuadas para atender partos, y administrando misoprostol para prevenir la hemorragia posparto.

Cuadro 3.9. Promoción de la atención pregestacional, prenatal y durante el embarazo para adolescentes

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Comunitario e interpersonal		Se recomienda recurrir a trabajadores de salud sin formación especializada, incluidas las parteras tradicionales capacitadas, para realizar las siguientes intervenciones, con seguimiento y evaluación específicos: distribución de determinados suplementos orales a las embarazadas (suplementos de calcio para las mujeres que viven en zonas donde se sabe que hay un nivel bajo de consumo de calcio, suplementos sistemáticos de hierro y ácido fólico a las embarazadas, tratamiento de presunción intermitente contra la malaria para las embarazadas que viven en lugares donde esta enfermedad es endémica y suplementos de vitamina A para las embarazadas que viven en zonas donde la carencia importante de vitamina A es un problema grave de salud pública) e inicio y mantenimiento de la administración de anticonceptivos inyectables utilizando una jeringa convencional o la de Sayana Press. Se recomienda repartir las tareas de promoción de comportamientos relacionados con la salud materna y neonatal entre un amplio abanico de cuadros, como trabajadores de salud legos, enfermeras auxiliares, enfermeras, parteras y médicos. Se recomienda repartir la tarea de proporcionar los métodos anticonceptivos posparto recomendados a un amplio abanico de cuadros, como enfermeras auxiliares, enfermeras, parteras y médicos.
Individual	Mejorar la utilización de los cuidados prenatales, durante el parto y posnatales de las adolescentes embarazadas Proporcionar apoyo nutricional durante el embarazo	Proporcionar atención nutricional y de otro tipo, incluida la desparasitación durante el embarazo y el control de infecciones y enfermedades infecciosas, especialmente la malaria *(360)*.

Fuentes: OMS, 2015 *(361)*, OMS, 2016 *(362)*.

Las **intervenciones amplias de salud materna** que reducen los retrasos en la búsqueda de atención de salud apropiada pueden reducir los trastornos de las madres adolescentes, incluidos los que se detallan en las *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015 (361)* y las *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* del 2022 *(363)*.

Pueden tomarse medidas para mejorar el uso por parte de las adolescentes de la atención prenatal, durante el parto y posnatal:

- Ampliar la disponibilidad de estos servicios y de la atención obstétrica de urgencia.
- Reforzar las prácticas de atención recomendadas para los servicios adaptados a la población adolescente mediante el apoyo digital a la toma de decisiones para los prestadores de atención de salud y los sistemas informáticos de gestión de usuarios *(341)*.
- Informar a la población adolescente y a los miembros de la comunidad sobre la importancia de esta atención.
- Realizar el seguimiento para asegurarse de que las adolescentes, sus familias y comunidades estén bien preparadas para el parto y para posibles emergencias relacionadas *(359)*.

La atención a una adolescente embarazada debe incluir lo siguiente:

- apoyo social (incluidas visitas a domicilio);
- apoyo nutricional (incluido el asesoramiento y la administración de suplementos);
- consejos para evitar la contaminación atmosférica doméstica;
- evaluación sistemática de la violencia;
- tamizaje e intervenciones breves sobre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en las embarazadas;
- un plan de parto;
- manejo de la anemia y la malaria, cuando sean endémicas;
- asesoramiento durante la primera visita sobre la opción de abortar (cuando la legislación lo permita) *(210, 362)*;
- asesoramiento sobre la lactancia materna y la anticoncepción posparto; los servicios de anticoncepción posparto son especialmente importantes para favorecer el espaciamiento saludable entre los nacimientos y evitar los embarazos demasiado seguidos *(363, 364)*.

3.6 Intervenciones contra las enfermedades transmisibles

Como se describe en el capítulo 2, las enfermedades infecciosas (como la TB y las infecciones respiratorias) siguen siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las intervenciones para mejorar la detección de casos y el manejo de las enfermedades con alta carga en este grupo etario son absolutamente necesarias. En algunos casos, por ejemplo, las intervenciones en materia de agua y saneamiento para prevenir las enfermedades diarreicas pueden ampliarse fácilmente siguiendo el modelo de las intervenciones diseñadas para la población infantil de menor edad. En otros casos, como el de las vacunas, puede ser necesaria una mayor atención para asegurarse de que se abordan las necesidades y vulnerabilidades únicas de la población adolescente.

La vacunación sistemática es una importante estrategia de salud pública para hacer frente a una serie de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Los beneficios de la vacunación van más allá de la primera infancia, prolongándose hasta la adolescencia (cuadro 3.10). Además de la vacuna contra el VPH, que es la vacuna más comúnmente asociada a la población adolescente, otras vacunas administradas a este grupo son la vacuna contra el tétanos y la difteria, y las vacunas contra la gripe estacional, el cólera, el dengue, la rabia, la fiebre tifoidea, la COVID-19 (véase el recuadro 3.3) y la meningitis. Se están desarrollando vacunas prometedoras contra el virus respiratorio sincitial, la malaria, la TB y todas las cepas del virus de la gripe *(365)*.

Recuadro 3.3. Colaboración en el seno de las Naciones Unidas para promover un asesoramiento con credibilidad científica sobre la población adolescente y la COVID-19

Durante la pandemia de COVID-19, la OMS colaboró estrechamente con la UNESCO, el UNFPA, el UNICEF y otros organismos de las Naciones Unidas para poner a disposición de los responsables políticos, la población adolescente y sus familias el asesoramiento, las investigaciones y los datos científicos sobre consideraciones específicas de la población adolescente y de las escuelas durante la pandemia.

Se ha creado un banco de recursos para que los responsables de las políticas de salud y de educación, el personal docente, los padres y las madres y el alumnado puedan acceder fácilmente a orientaciones sobre:

- salud pública y medidas sociales,
- mascarillas,
- ventilación,
- vacunas,
- investigación de casos en las escuelas
- preparación escolar,
- mantenimiento de la continuidad del aprendizaje durante el cierre de los centros escolares,
- mantenimiento de los servicios esenciales de promoción de la salud y de atención,
- actualizaciones de la situación,
- recursos para estudiantes,
- recursos para padres y madres,
- promoción de la salud en las escuelas.

Se elaboraron preguntas y respuestas para la población adolescente sobre cuestiones relacionadas con el riesgo de contraer la infección, las medidas de protección, la continuidad del deporte y otras actividades de ocio y el acceso a los servicios, y se mantuvieron actualizadas para ayudar a promover un asesoramiento con credibilidad científica para la población adolescente y sus familias.

Para más información, véase:

https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/covid-19/mca-and-covid-19-educational-institutions

https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-adolescents-and-youth

https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-schools

Cuadro 3.10. Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles

Enfermedad	Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Tuberculosis (TB)	Estructural y ambiental	Desarrollar metas nacionales claras para la TB infantil y adolescente	Las estimaciones de la OMS sobre la TB constituyen un buen punto de partida para elaborar las metas nacionales. Entre las metas mundiales se encuentra la meta de los ODS de poner fin a la TB para el 2030.
		Ejecutar políticas para la transición de la población adolescente de los servicios de TB pediátricos a los de adultos	Los servicios deben adaptarse a la población adolescente. Tienen que respetar la intimidad y la confidencialidad para evitar la estigmatización. Es necesario que tengan horarios flexibles para que la población adolescente no deba ausentarse de la escuela. Este grupo debe tener acceso a opciones de tratamiento más breves (para el tratamiento de la infección por TB y el tratamiento de la enfermedad por TB), que aumentan la adhesión al tratamiento y su finalización. En la medida de lo posible, se deben ofrecer servicios para la TB y para enfermedades concomitantes al mismo tiempo y en el mismo lugar *(368)*.
	Organizacional	Ampliar la prestación de servicios para cubrir toda la secuencia de la atención Realizar sistemáticamente pruebas de detección de la TB en niños y adolescentes de ambos sexos en centros públicos y privados, tanto hospitalarios como ambulatorios	La secuencia completa de la atención incluye la prevención de la TB, el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento de la TB farmacosensible, el tratamiento de la meningitis por TB, el tratamiento de la TB multirresistente y resistente a la rifampicina, el tratamiento de la TB extrapulmonar, el postratamiento de la TB y la rehabilitación de las deficiencias funcionales relacionadas con la TB. Esta atención debe ofrecerse en establecimientos centrados en los servicios de medicina torácica y TB para la población adulta y pediátrica, la nutrición, la infección por el VIH, la salud adolescente, la atención prenatal, la inmunización y las pruebas de tamizaje específicas, seguidas por el manejo adecuado o la derivación a servicios de atención preventiva, de tratamiento y de rehabilitación de la TB. El tamizaje de los signos y síntomas, la radiografía de tórax o las pruebas moleculares de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS deben utilizarse solos o combinados. Hay que considerar el tamizaje bidireccional de la COVID-19 y la TB en entornos con una carga alta de TB.
	Comunitario e interpersonal	Si los menores de 15 años están en contacto estrecho con una persona con TB, debe realizarse el tamizaje sistemático de la TB. Empoderar a las comunidades y poner en marcha programas de pares para reforzar la respuesta a la TB y los mecanismos de responsabilidad social	Mediante el tamizaje se busca a cualquier persona con tos, fiebre o poco aumento de peso, o se emplea la radiografía de tórax. Esto puede implicar la colaboración con trabajadores de salud y agentes de extensión de la comunidad y con prestadores de atención primaria para ampliar la localización activa de contactos, proporcionar tratamiento de la TB y tratamiento preventivo integrados en la familia e implicar a los adolescentes de ambos sexos que están recibiendo atención. Se ha demostrado que el asesoramiento por pares se asocia a una tasa de finalización del tratamiento significativamente mayor que la de la atención habitual *(368, 369)*.
	Individual	Limitar la exposición a riesgos ambientales domésticos	Esto puede abarcar la reducción de la exposición al alcohol, al humo del tabaco o a la contaminación atmosférica en interiores.

Cuadro 3.10. (continuación) Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles

Enfermedad	Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Infecciones respiratorias	Estructural y ambiental	Mejorar las normas e introducir políticas públicas para reducir la exposición de la población adolescente a la contaminación atmosférica *(370)*.	La contaminación del aire influye en la mortalidad por infecciones respiratorias y es especialmente nociva en contextos de desnutrición y de mala atención de salud *(371)*.
	Organizacional	Integrar la salud ambiental en los programas de capacitación de profesionales de la salud.	Todos los profesionales de la salud deben considerar la contaminación atmosférica como un importante factor de riesgo para sus pacientes y conocer las fuentes de exposición ambiental en las comunidades a las que atienden.
	Comunitario e interpersonal	Educar a las familias y las comunidades.	Esto puede incluir información sobre las causas y consecuencias de la exposición a la contaminación atmosférica en interiores y las medidas domésticas de mitigación.
	Individual	Reducir la exposición de la población general y la población adolescente a la contaminación atmosférica en interiores, satisfaciendo al mismo tiempo las necesidades energéticas de los hogares y reduciendo la cantidad de combustible necesario.	Entre las medidas que pueden tomarse se encuentran las siguientes: • cambiar la madera, el estiércol o el carbón por combustibles más eficaces y modernos y menos contaminantes; • instalar las cocinas o estufas fuera de la vivienda o en un lugar bien ventilado; • ventilar las zonas donde se cocina mediante aleros y campanas de extracción de humos; y • cambiar comportamientos, como mantener a los niños alejados de fogones humeantes, secar la leña antes de usarla, tapar las ollas para acortar el tiempo de cocinado y abrir puertas y ventanas para ventilar mejor.
Enfermedades diarreicas	Estructural y ambiental	Políticas y programas para promover el agua potable, el saneamiento y el lavado de manos.	Estos pueden abarcar la ejecución de: • planes de seguridad del agua y directrices sobre la calidad del agua potable a nivel nacional; • planes de saneamiento seguro y directrices para el uso y la eliminación seguros de aguas residuales, aguas grises y excrementos; y • políticas y programas para promover la adopción generalizada de prácticas apropiadas de lavado de las manos.
	Organizacional	Garantizar que las escuelas y los establecimientos de salud estén equipados con infraestructuras adecuadas de agua y saneamiento.	La construcción de este tipo de infraestructuras en las escuelas permite reducir considerablemente el absentismo escolar por diarrea.
		Promover programas de lavado de manos en las escuelas.	La ampliación de los programas de lavado de manos en las escuelas (incluido el jabón para los lavabos escolares, pares encargados de vigilar la higiene) puede conllevar una reducción del absentismo *(372)*.

Cuadro 3.10. (continuación) Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles

Enfermedad	Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Enfermedades diarreicas	Comunitario e interpersonal	Ampliar los programas de tratamiento del agua	La evidencia indica que el tratamiento del agua probablemente reduce la diarrea en casi un 40%. Esto puede incluir: agua tratada con el filtro LifeStraw, purificador de agua de cerámica, purificador de cerámica rico en hierro y el filtro de hormigón BioSand.
		Educar a las comunidades sobre la salubridad del agua y la mejora de las medidas de saneamiento	Esto puede abarcar el almacenamiento seguro del agua doméstica, un mayor acceso al saneamiento básico a nivel doméstico, la mejora del saneamiento en los hogares (por ejemplo, descarga a un pozo o fosa séptica, letrina de pozo seco con losa o inodoro de compostaje).
	Individual	Mantener buenas prácticas de lavado de manos, lavándose las manos con jabón antes de comer y después de ir al inodoro	Lavarse las manos con jabón es una intervención preventiva eficaz contra las enfermedades infecciosas, que se asocia a una reducción de las enfermedades diarreicas del 23%-48% *(373)*.
Meningitis *(374)*	Estructural y ambiental	Reforzar la atención primaria de salud y los sistemas de salud y aumentar la cobertura de la vacunación	Esto abarca la introducción y expansión de vacunas autorizadas o precalificadas por la OMS en los países, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, y la ejecución de estrategias de inmunización adecuadas a nivel local para lograr y mantener una cobertura de vacunación elevada.
	Organizacional	Elaborar, actualizar y ejecutar estrategias de vigilancia, preparación y respuesta ante epidemias de meningitis	Para orientar las medidas de investigación y control, estas estrategias deben prestar especial atención a las unidades geográficas (por ejemplo, distritos, subdistritos), incluida la consideración de las concentraciones masivas (como en los campos de refugiados) y la mejora de los programas de prevención y control de infecciones.
		Combatir la resistencia a los antimicrobianos ampliando la vacunación. Utilizar las escuelas como plataformas para compartir información sobre la detección, el seguimiento y el manejo de las secuelas de la meningitis	Los antibióticos para los contactos estrechos de las personas con enfermedad meningocócica, cuando se administran con prontitud, disminuyen el riesgo de transmisión. Sin embargo, el elevado uso de antibióticos en el tratamiento de una presunta meningitis puede provocar resistencia a los antimicrobianos.
	Comunitario e interpersonal	Concientizar a la comunidad sobre la meningitis, lo que incluye disipar mitos y abordar la reticencia a la vacunación	Los programas y las actividades de comunicación integrados pueden aumentar la concientización de la población sobre el riesgo, los signos y síntomas y las consecuencias de la meningitis y la sepsis, así como sobre la respuesta de búsqueda de atención de salud recomendada.
	Individual	Aumentar la disponibilidad de atención rehabilitadora adecuada para la población adolescente con dificultades de funcionamiento a consecuencia de la meningitis	La meningitis puede causar graves complicaciones a largo plazo, incluidos problemas neurológicos como pérdida auditiva, deficiencia visual, convulsiones y problemas de aprendizaje. La población adolescente también puede sufrir síntomas depresivos y fatiga que pueden disminuir el desempeño escolar y reducir la calidad de vida *(375)*.

Fuentes: OMS, 2018 *(376)*, OMS, 2022 *(377)*.

3.7 Intervenciones contra las enfermedades no transmisibles

Como se ha comentado en el capítulo 2, algunas de las principales causas de muerte y enfermedad en la población adolescente son las enfermedades no transmisibles (ENT), como el cáncer, las migrañas, las enfermedades cutáneas y el asma. Las anomalías congénitas y la anemia ferropénica también contribuyen a la carga de morbilidad de la población adolescente. Las ENT pueden manifestarse durante la adolescencia o en etapas posteriores de la vida como resultado de factores de riesgo presentes durante la adolescencia (como el consumo de tabaco, que puede contribuir a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] o al cáncer en la edad adulta). En los recuadros 3.43.8 se analizan varias ENT presentes durante la adolescencia. En efecto, muchas ENT y sus cargas en los adultos comienzan como comportamientos de riesgo en la adolescencia, lo cual pone de relieve la importancia de realizar intervenciones con la población adolescente para proteger su salud tanto a corto como a largo plazo. Esta sección se centra en las ENT que se producen durante la adolescencia, mientras que las secciones posteriores se centran en los factores presentes en la adolescencia que se asocian al riesgo de presentar ENT en etapas posteriores de la vida.

Recuadro 3.4. Leucemia y otros tipos de cáncer en la adolescencia

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

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

La evidencia reciente apoya la eficacia de la intervención motora y de ejercicio para la población adolescente con leucemia linfoblástica aguda. Aunque la evidencia sigue aumentando, también hay respaldo para las intervenciones que emplean diversas modalidades digitales para mejorar los comportamientos de salud y reducir los signos y síntomas relacionados con el cáncer en la población de adolescentes que lo han padecido o lo padecen.

Fuentes: OMS, 2006 *(378)*, OMS, 2007 *(379)*, OMS, 2007 *(380)*, OMS, 2007 *(381)*, OMS, 2008 *(382)*, Devine *et al*., 2018 *(383)*, Coombs *et al*., 2020 *(384)*, OMS, 2008 *(385)*.

Recuadro 3.5. Manejo del asma

Entre los signos y síntomas del asma se encuentran la tos, las sibilancias y la dificultad para respirar. Esta sintomatología suele variar de un día para otro y puede empeorar con la exposición a factores desencadenantes, como el polvo, los humos y las infecciones virales. Un tratamiento eficaz a largo plazo con medicamentos inhalados, incluido un corticosteroide inhalado, puede mejorar la sintomatología diaria y reducir las crisis asmáticas. El manejo a largo plazo es importante para evitar el absentismo escolar y la necesidad de atención de urgencia, así como sus costos asociados para la familia y el sistema de salud. Para los entornos con recursos limitados, el conjunto de intervenciones esenciales de la OMS frente a las ENT para la atención primaria de salud incluye orientación para el manejo agudo y a largo plazo del asma, utilizando medicamentos básicos incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS *(386, 387)*. El manejo eficaz a largo plazo con medicamentos inhalados puede controlar la enfermedad y permitir que las personas con asma disfruten de una vida normal y activa.

Recuadro 3.6. Enfermedades cutáneas

Varias enfermedades cutáneas se asocian a desfiguración, discapacidad y estigmatización a largo plazo. En la población adolescente, se sabe que influyen en la carga psicológica, la ansiedad y la depresión *(388)*. En el 2018, la OMS elaboró una guía de capacitación ilustrada para combinar las actividades de control, tratamiento y atención de las enfermedades relacionadas con la piel con el fin de maximizar el uso de recursos limitados y ampliar la cobertura del tratamiento. Esta guía de capacitación está pensada para los trabajadores de salud de primera línea que no tienen un conocimiento profundo de las enfermedades cutáneas comunes, en particular las que se manifiestan como consecuencia de enfermedades tropicales desatendidas.

En la población general, se ha visto que la educación del paciente es eficaz para mejorar la calidad de vida y disminuir la gravedad de las enfermedades cutáneas, incluso en el manejo a largo plazo de las enfermedades cutáneas crónicas. En el manual clínico para la atención en hospitales de distrito de la OMS *(2011)* se presenta orientación detallada para los profesionales clínicos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el manejo del acné, distintos tipos de eccema y otras afecciones cutáneas, incluidas las características clínicas clave y el tratamiento de las formas graves, moderadas y leves de estas afecciones.

Fuentes: OMS, 2018 *(389)*, De Bes *et al.*, 2011 *(390)*, OMS, 2011 *(391)*.

Recuadro 3.7. Vacunación contra el virus del papiloma humano para reducir el riesgo de cáncer cervicouterino

En todo el mundo, el cáncer cervicouterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, con una estimación de 604 000 casos nuevos en el 2020. En los países de ingresos altos se han puesto en marcha programas para vacunar a las niñas y las adolescentes contra el VPH y para que las mujeres se sometan periódicamente a pruebas de detección y reciban el tratamiento adecuado. El tamizaje permite detectar las lesiones precancerosas en fases en las que pueden tratarse fácilmente. En los países de ingresos bajos y medianos, sin embargo, el acceso a estas medidas preventivas es limitado, y es frecuente que el cáncer cervicouterino no se detecte hasta que ha avanzado más y aparecen signos y síntomas. Además, el acceso al tratamiento de las lesiones cancerosas (por ejemplo, cirugía oncológica, radioterapia y quimioterapia) puede ser limitado, lo que se traduce en una mayor tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en estos países. La gran mayoría de los casos de cáncer cervicouterino (más del 95%) se deben a la infección por el VPH. Esta es la infección viral más frecuente del aparato reproductor. La mayoría de las mujeres y de los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida, y algunos pueden contraerla en repetidas ocasiones. En más del 90% de las personas que han contraído la infección esta finalmente se resuelve, pero, cuando se vuelve crónica, puede provocar lesiones precancerosas y cáncer invasivo.

La OMS recomienda lo siguiente:

- Se debe ofrecer la vacunación contra el VPH a niñas y adolescentes mujeres de 9 a 14 años. Las vacunas funcionan mejor si se administran antes de la exposición al VPH. Algunos países han empezado a vacunar a niños y adolescentes varones, ya que la vacuna previene las enfermedades y los cánceres relacionados con el VPH en los varones. La vacuna contra el VPH puede ser un pilar importante de los programas de salud adolescente.
- Las niñas, los niños y los adolescentes de ambos sexos deben recibir información de salud sobre educación sexual adaptada a su edad.
- Los preservativos deben promoverse y proporcionarse a quienes sean sexualmente activos.
- Se debe fomentar la circuncisión masculina.

Las vacunas contra el VPH han demostrado ser seguras y eficaces para prevenir las infecciones por este virus, las lesiones precancerosas de alto grado y el cáncer invasivo. Actualmente hay seis vacunas autorizadas y cuatro precalificadas por la OMS; todas ellas protegen frente a los tipos 16 y 18 del VPH, que causan al menos el 70% de los cánceres cervicouterinos. La vacuna nonavalente protege contra otros cinco tipos de VPH oncógenos, que causan otro 20% de los cánceres cervicouterinos. Dos de las vacunas también protegen frente a los tipos 6 y 11 del VPH, causantes de las verrugas anogenitales.

Hasta diciembre del 2022, 125 países *(64%)* habían introducido la vacuna contra el VPH en su programa nacional de inmunización para niñas y adolescentes mujeres, y 47 países *(24%)* también para niños y adolescentes varones.

Fuentes: OMS, 2022 *(239)*, OMS, 2022 *(392)*.

Recuadro 3.8. Prevención y tratamiento de las deficiencias sensoriales (visuales o auditivas) no tratadas en adolescentes

La mayoría de las causas comunes de pérdida de visión y muchas de las causas comunes de pérdida de audición en adolescentes pueden prevenirse o tratarse. Para prevenir y tratar la pérdida de visión en adolescentes, la OMS recomienda *(393)*:

- aumentar la accesibilidad y disponibilidad de gafas o lentes de contacto, que pueden corregir totalmente la visión reducida debida a la miopía y a otros defectos de refracción; las gafas son una de las intervenciones de atención de salud más prácticas y costoeficaces;
- tamizaje periódico de los defectos de refracción de la población infantil en edad preescolar y escolar para evitar las repercusiones de la mala visión en el desempeño escolar; y
- campañas de salud pública para reducir el tiempo dedicado a actividades que impliquen la visión de cerca y fomentar más tiempo al aire libre, a fin de reducir la aparición de la miopía y frenar su progresión.

Para prevenir y tratar la pérdida de audición en adolescentes, la OMS recomienda *(261, 394-396):*

- la concientización de adolescentes, padres y madres y profesorado acerca del cuidado de la salud de los oídos y la escucha segura (para prevenir la pérdida de audición inducida por el ruido);
- la adopción, por entidades del sector privado, de la norma mundial de la OMS y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) sobre dispositivos de escucha seguros: estas normas, cuando se aplican en dispositivos como teléfonos inteligentes y auriculares, pueden ayudar a moderar la exposición de la población adolescente a sonidos fuertes y proteger así su audición;
- la ejecución por parte de los gobiernos de la norma mundial de la OMS para la seguridad auditiva en lugares de ocio, cuyo objetivo es proteger la audición de las personas jóvenes en conciertos y discotecas; y
- exámenes escolares periódicos para detectar problemas de oído y audición, lo que puede facilitar su detección temprana y tratamiento oportuno.

Fuentes: OMS, 2022 *(239)*, OMS, 2022 *(392)*.

3.8 Intervenciones para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental

Como se describe en el capítulo 2, la prevalencia de los problemas de salud mental en la población adolescente es inaceptablemente alta. Hasta el 50% de los problemas de salud mental comienzan antes de los 14 años, y uno de cada cinco adolescentes sufre algún problema de salud mental cada año. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre la población adolescente de mayor edad. La mala salud mental de los adolescentes de ambos sexos se asocia a una serie de comportamientos de alto riesgo, como la autoagresión, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, los comportamientos sexuales de riesgo, y la exposición a la violencia, cuyos graves efectos persisten durante toda la vida. La pandemia de COVID-19 redujo notablemente el bienestar de las personas jóvenes y las expuso a un mayor riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de salud mental *(111)*. Además, la población adolescente que vive situaciones difíciles, como conflictos prolongados, puede necesitar más atención de salud mental. En los cuadros 3.11 y 3.12 presentan diversas intervenciones.

Cuadro 3.11. Intervenciones para tratar los problemas de salud mental comunes en la adolescencia, como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y retrasos del desarrollo.

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Garantizar la formulación y la ejecución de políticas y leyes que protejan y promuevan la salud mental de la población adolescente y reduzcan su participación en comportamientos de riesgo	Las políticas y leyes para la salud mental de la población adolescente pueden servir de base para abordar los determinantes socioeconómicos de la salud mental de esta población, fortalecer los sistemas de atención, orientar el desarrollo de programas de capacitación para trabajadores de primera línea y fundamentar el seguimiento y la investigación en materia de salud pública.
Organizacional	Desarrollar una red de servicios comunitarios de salud mental interconectados, prestados en entornos de salud y de otro tipo Fortalecer la salud mental con un enfoque sistémico y de EPS	La estructura de los servicios varía según el contexto, pero podría incluir servicios de salud mental integrados en la atención de salud general; servicios comunitarios de salud mental; servicios que prestan atención de salud mental en entornos aparte del de la salud, como las escuelas; y apoyo informal por parte de prestadores comunitarios de servicios. Entre estas intervenciones se encuentran las siguientes: • apoyar la formación previa al servicio y en el servicio, así como el desarrollo profesional en enfoques escolares integrales para la salud mental, para el personal escolar, incluidos los equipos de salud mental y liderazgo (por ejemplo, capacitación para abordar el acoso en línea, detección de los signos de angustia y la necesidad de servicios de salud, gestión de las crisis, prevención del suicidio y protocolos para derivar al alumnado y a sus familias a los servicios de salud mental); • crear un comité de EPS para planificar, ejecutar y evaluar iniciativas de salud mental —este comité puede estar formado por personal del sector educativo, estudiantes, padres y madres y cuidadores, líderes comunitarios y religiosos, personal de salud y representantes de organizaciones de la sociedad civil—; • implicar a todo el profesorado, al personal de salud de la escuela, a los representantes del alumnado y a padres y madres y personas a cargo del cuidado en la toma de decisiones para promover la EPS y la salud mental; • elaborar y comunicar las políticas y normas escolares pertinentes en todas las lenguas locales (por ejemplo, políticas contra el acoso, sobre relaciones respetuosas, sobre protección de la infancia); • programas escolares centrados en las capacidades cognitivas, de resolución de problemas y sociales; e • intervenciones basadas en la comunidad para reducir el maltrato, el abandono y el acoso a menores.
	Intervenciones selectivas con adolescentes con un riesgo relativamente alto de depresión	Intervenciones para ayudar a los adolescentes de ambos sexos a afrontar acontecimientos vitales importantes (como el divorcio de sus padres o la muerte de uno de ellos) o evitar la transferencia de la depresión y de problemas relacionados de los padres y las madres deprimidos a sus hijos o hijas adolescentes.

Cuadro 3.11. (continuación) Intervenciones para tratar los problemas de salud mental comunes en la adolescencia, como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y retrasos del desarrollo.

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Ampliar la capacidad de la fuerza laboral, incluidos los trabajadores especializados en salud mental y los trabajadores de primera línea no especializados en esta materia, mediante programas adecuados de capacitación, contratación y retención Desarrollar una red de servicios comunitarios interconectados de salud mental prestados en establecimientos de salud y de otro tipo	El número y la diversidad de los profesionales de la salud mental varían según los contextos. El refuerzo de esta capacidad es una estrategia nacional importante para aumentar la cobertura de los servicios, junto con la exploración de estrategias de telemedicina y basadas en pares.
	Proporcionar intervenciones psicosociales a la población adolescente afectada por crisis humanitarias	Estas intervenciones son especialmente beneficiosas para prevenir trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés) y pueden tenerse en cuenta para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en estas poblaciones.
	Considerar intervenciones psicosociales para las adolescentes embarazadas y para padres y madres adolescentes	Los programas de desarrollo de habilidades cognitivoconductuales son un ejemplo que podría considerarse para este grupo.
Comunitario e interpersonal	Aptitudes de crianza	El apoyo a padres, madres y familias puede incluir lo siguiente: • promover la formación de vínculos emocionales positivos y estables entre padres y madres y los adolescentes de ambos sexos (por ejemplo, para mejorar la autoestima y la competencia social del hijo o de la hija adolescente); • ayudar a padres y madres a establecer normas, comunicar expectativas y ejercer una supervisión coherente y eficaz de los comportamientos de sus hijos o hijas adolescentes (por ejemplo, para reducir los comportamientos sexuales de riesgo, el consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia); • ayudar a padres y madres a respetar la individualidad de sus hijos o hijas adolescentes y a no ser demasiado entrometidos, manipuladores y controladores (por ejemplo, para reducir el comportamiento antisocial del adolescente o de la adolescente); • animar a padres y madres a adoptar actitudes y comportamientos que favorezcan la salud (como no fumar) y, al mismo tiempo, reflejen positivamente las normas sociales imperantes del comportamiento adolescente; • impartir psicoeducación para padres y madres de adolescentes con retraso o trastorno del desarrollo para compartir información sobre este trastorno y ayudarles a buscar y recibir servicios para sus hijos e hijas adolescentes; y • atender a niños y adolescentes de ambos sexos con retrasos del desarrollo.

Cuadro 3.11. (continuación) Intervenciones para tratar los problemas de salud mental comunes en la adolescencia, como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y retrasos del desarrollo.

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Individual	Intervenciones preventivas para toda la población adolescente, la expuesta a adversidades y la que presenta síntomas de problemas de salud mental	Para toda la población adolescente: • Deben ofrecerse intervenciones psicosociales universales para mejorar el aprendizaje social y emocional. • Para la población adolescente expuesta a adversidades y circunstancias vitales específicas, deben preverse intervenciones específicas. Por ejemplo, – para la población adolescente afectada por emergencias humanitarias, los componentes clave de la intervención son el manejo del estrés, las estrategias de relajación y el cuidado del bienestar de los responsables de la ejecución; – en el caso de las adolescentes embarazadas o adolescentes con hijos, se debe considerar la posibilidad de realizar intervenciones psicosociales basadas en estrategias de desarrollo de habilidades cognitivoconductuales; – en cuanto a la población adolescente con signos y síntomas de problemas de salud mental, se deben proporcionar intervenciones psicosociales indicadas para adolescentes con síntomas emocionales (terapia cognitivoconductual grupal) y con comportamientos disruptivos o de oposición (capacitación de padres y madres, resolución de problemas y capacitación en habilidades interpersonales).

Fuentes: OMS, 2020 *(111)*, OMS, 2019 *(267)*, OMS, 2021 *(12)*.



© UNICEF/UN0749977/Kiron

Cuadro 3.12. Prevención del suicidio adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Adopción de políticas nacionales en materia de salud mental	En relación con el suicidio, las intervenciones deben centrarse en el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza eficaces; la prestación de servicios integrales, integrados y con capacidad de respuesta en entornos comunitarios; la ejecución de estrategias para la prevención; y el fortalecimiento de los sistemas de información, la evidencia y la investigación.
	Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	La población adolescente con depresión también puede consumir alcohol para automedicarse, lo que, en combinación con la conducción, podría aumentar el riesgo de intentos de suicidio. Las opciones políticas incluyen políticas relacionadas con la conducción bajo los efectos del alcohol y con la comercialización y disponibilidad del alcohol.
	Restricción del acceso a medios de suicidio	La restricción incluye leyes para limitar el acceso a plaguicidas, armas de fuego y medicamentos que generalmente se usan para el suicidio, su almacenamiento y eliminación más seguros y medidas en infraestructuras para prevenir el suicidio por salto al vacío.
	Información responsable en los medios de comunicación	Las directrices de los medios de comunicación deben hacer hincapié en evitar las descripciones detalladas de los actos suicidas, el sensacionalismo, la exaltación y la simplificación excesiva; utilizar un lenguaje responsable; reducir al mínimo la prominencia de las notas periodísticas sobre los suicidios; y educar al público sobre el suicidio, así como poner a su disposición medios para prevenirlo y atender a quienes han intentado suicidarse.
Organizacional	Mejor acceso a la atención de salud	El tratamiento adecuado, rápido y accesible de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas puede reducir el riesgo de comportamiento suicida. También es fundamental aplicar políticas y prácticas de formación básica en salud mental en todos los sistemas e instituciones de salud.
	Vigilancia del suicidio y de los intentos de suicidio	Desarrollar una vigilancia sostenible y a largo plazo de los casos de suicidio y de las presentaciones en el hospital por intento de suicidio y lesiones autoinfligidas suministra información fundamental para la prevención, la intervención y el tratamiento.
	Estrategias para la prestación de servicios por medios electrónicos	Entre las estrategias en línea para la prevención del suicidio se encuentran los programas de autoayuda y profesionales que participan en charlas o terapias con personas suicidas. Los mensajes de texto son una alternativa, en particular cuando no hay acceso a Internet.
	Concientización acerca de la salud mental, los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y el suicidio	Con las campañas de concientización se pretende reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda y el acceso a la atención. Los diversos medios de comunicación (como la televisión, la prensa escrita, Internet, las redes sociales y los carteles) pueden reforzar los mensajes clave. A nivel local, la concientización puede centrarse en determinados grupos de población vulnerables.
Comunitario e interpersonal	Intervenciones para grupos vulnerables con mayor riesgo de suicidio	Estas intervenciones deben adaptarse y centrarse en los grupos que corren el mayor riesgo de suicidio en determinados entornos. Por ejemplo, las intervenciones centradas en adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) deben abordar factores de riesgo como los trastornos mentales, el consumo de sustancias psicoactivas, la estigmatización, los prejuicios y la discriminación individual e institucional.
	Capacitación de guardianes	Para las personas que están en condiciones de determinar si alguien podría estar contemplando el suicidio (como los médicos clínicos o el profesorado), la capacitación de guardianes amplía los conocimientos, las actitudes y las aptitudes para detectar a los adolescentes de ambos sexos en riesgo, determinar el nivel de riesgo y derivar a tales adolescentes en riesgo a otros servicios para que reciban tratamiento.
	Líneas telefónicas de ayuda para situaciones de crisis	Las líneas telefónicas de ayuda para situaciones de crisis son centros de atención telefónica públicos a los que se puede recurrir cuando no haya o no se quieran usar otros tipos de apoyo social o atención profesional. Las líneas telefónicas de ayuda pueden estar a disposición de la población general o dirigirse a ciertos grupos vulnerables.

Cuadro 3.12. (continuación) Prevención del suicidio adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Individual	Evaluación y manejo de los comportamientos suicidas	En la *Guía de intervención mhGAP* de la OMS *(267)* se recomienda evaluar exhaustivamente a todas las personas se presentan con pensamientos, planes o comportamientos de autoagresión. En esa guía se recomienda preguntar a cualquier persona mayor de 10 años que padezca un trastorno prioritario de tipo mental, neurológico o por consumo de sustancias —o dolor crónico o angustia emocional aguda— sobre pensamientos, planes o actos relacionados con las lesiones autoinfligidas y el suicidio.
	Evaluación y manejo de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas	Esto implica la capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud para reconocer la depresión y otros trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias psicoactivas y para realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio. La capacitación debe tener lugar reiteradamente a lo largo de los años y abarcar a la mayoría de los trabajadores de salud de un país.
	Desarrollar habilidades sociales y emocionales para la vida en la población adolescente	En lugar de centrarse explícitamente en el suicidio, los programas de aprendizaje social y emocional, incluso en las escuelas, deben emplear un enfoque de salud mental positivo y capacitar en materia de regulación emocional, resolución de problemas y habilidades de afrontamiento. Las iniciativas pueden llevarse a cabo junto con intervenciones de capacitación de guardianes y en el entorno escolar. También se debe educar a la población adolescente en el uso saludable de Internet y las redes sociales para crear un apoyo social saludable; y reconocer y responder a la actividad en línea poco saludable.

Fuentes: UNICEF, 2021 *(100)*, OMS, 2019 *(267)*, OMS, 2021 *(397)*, OMS, 2016 *(394)*.

3.9 Intervenciones para abordar el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas suele iniciarse en la adolescencia e incluso en la infancia. Cuanto antes comience el consumo de sustancias psicoactivas, mayor será el riesgo de una progresión más rápida hacia el consumo excesivo y los trastornos por consumo de estas sustancias. No obstante, es importante recordar que la mayor proporción de adolescentes suele pertenecer a un grupo de consumo bajo, que a veces incluye niveles experimentales o bajos de consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas. Sin embargo, incluso a un nivel bajo, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas puede afectar al desarrollo normal, provocar una serie de resultados de salud y sociales negativos y conllevar la aparición de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas *(397)*. Un mayor riesgo de malos resultados podría asociarse al consumo de múltiples sustancias psicoactivas; los grupos socioeconómicos más bajos y los grupos de mayor edad son los que corren el mayor riesgo *(398)*. Hay que prestar atención para prevenir el inicio del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la población infantil y adolescente, para ayudarles a abandonar el consumo de sustancias psicoactivas y a reducir sus consecuencias negativas, atendiendo al mismo tiempo a las necesidades especiales de este grupo (cuadro 3.13).

Cuadro 3.13. Intervenciones para prevenir el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas y tratar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Fortalecer las restricciones a la disponibilidad de alcohol y sustancias psicoactivas	Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas constituye una manera importante de reducir el consumo nocivo de alcohol. Tales estrategias proporcionan medidas esenciales para impedir el acceso fácil al alcohol por parte de la población joven y otros grupos vulnerables y de alto riesgo. Esto abarca la reducción de la densidad de puntos de venta de alcohol y las horas o los días en que se pueden vender bebidas alcohólicas. También incluye leyes y políticas que fijan una edad mínima para la compra o el consumo de bebidas alcohólicas, impiden la venta y el consumo de bebidas alcohólicas a quienes no tienen la edad legal y responsabilizan de las infracciones a quienes las venden y sirven.
	Impulsar medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol y hacer que se cumplan	Los conductores que están bajo los efectos del alcohol tienen un riesgo considerablemente mayor de verse involucrados en colisiones de tránsito. La promulgación y la aplicación de leyes estrictas sobre la conducción bajo los efectos del alcohol ayudarán a invertir la tendencia, al igual que los controles de alcoholemia y las pruebas aleatorias de alcoholemia para hacer que se respeten los límites bajos de concentración de alcohol en la sangre.
	Hacer que se cumplan las prohibiciones o las restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol	Las prohibiciones o las restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol son efectivas y costoeficaces. La promulgación y aplicación de restricciones a la exposición también en el mundo digital reportará beneficios para la salud pública y contribuirá a proteger a la población infantil y la adolescente, así como a las personas abstemias, de la presión para empezar a consumir alcohol.
	Aumentar los precios del alcohol mediante impuestos al consumo y políticas de precios	Las políticas tributarias y de precios del alcohol se encuentran entre las medidas más efectivas y costoeficaces de control del alcohol. El aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas es una medida de eficacia probada para reducir el consumo nocivo de alcohol y proporciona a los gobiernos ingresos para compensar los costos económicos del consumo nocivo de alcohol.
	Facilitar el acceso al tamizaje, a intervenciones breves y al tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas y de alcohol	Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante para ayudar a las personas a reducir su consumo del alcohol o a dejar de beber a fin de disminuir los riesgos para la salud; los servicios de salud deben proporcionar intervenciones eficaces a quienes necesitan ayuda y a sus familias.
	Llevar a cabo intervenciones poblacionales de conformidad con las convenciones sobre sustancias psicoactivas (1961, 1971 y 1988), así como la ejecución de las recomendaciones del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas *(2016)*	En estos documentos se exigen una serie de medidas, como restringir la disponibilidad, distribución, producción, exportación e importación de sustancias psicoactivas, prevenir el inicio y la continuación del consumo de estas sustancias por niños, niñas, adolescentes y jóvenes de ambos sexos, y abordar las necesidades específicas de la población adolescente en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Cuadro 3.13. (continuación) Intervenciones para prevenir el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas y tratar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Organizacional	Mantener a la población infantil y adolescente en la escuela, políticas escolares sobre el consumo de sustancias psicoactivas y otras intervenciones en entornos educativos	Las políticas escolares establecen que ni el alumnado ni el personal pueden consumir sustancias psicoactivas en las instalaciones de la escuela ni durante las funciones y actividades escolares. Las políticas también crean mecanismos transparentes y no punitivos para abordar los incidentes de consumo, transformándolos en oportunidades educativas y de promoción de la salud. Otras intervenciones pueden incluir la prevención basada en las vulnerabilidades psicológicas individuales y programas más amplios para aumentar el acceso a la educación.
	Atender las necesidades especiales de la población infantil y adolescente en los programas de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas	Para tratar a la población de niños, niñas y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, es necesario diseñar tratamientos psicosociales que se adapten a sus necesidades, su nivel de desarrollo cognitivo, sus experiencias vitales y su situación legal. Esto abarca intervenciones psicosociales y farmacológicas, como el manejo del síndrome de abstinencia, la continuación del tratamiento y la prevención de las recaídas.
Comunitario e interpersonal	Iniciativas comunitarias con múltiples componentes	A nivel comunitario, la creación de asociaciones, grupos de trabajo, coaliciones, grupos de acción, etc., reúne a diferentes actores para abordar el consumo de sustancias psicoactivas y mitigar los daños. Algunas asociaciones comunitarias son espontáneas. Sin embargo, la existencia de asociaciones comunitarias a gran escala suele ser el producto de un programa especial que proporciona apoyo financiero y técnico a las comunidades para que lleven a cabo y mantengan intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia. Las iniciativas comunitarias suelen tener múltiples componentes y se desarrollan en diferentes ámbitos (por ejemplo, escuelas, familias, medios de comunicación, aplicación de la ley). También abarcan la movilización de las comunidades para impedir la venta de alcohol a quienes no tienen la edad mínima legal y el consumo de alcohol por parte de este grupo de población.
	Crear y apoyar entornos donde no se consuma alcohol, sobre todo para la población joven y otros grupos de riesgo	Los gobiernos y otras partes interesadas pueden apoyar y empoderar a las comunidades para que utilicen su conocimiento y experiencia locales a la hora de adoptar enfoques eficaces para prevenir y reducir el uso nocivo de alcohol mediante cambios de comportamiento a nivel colectivo (por ejemplo, utilizando el mercadeo social, la difusión de mensajes o la reducción del acceso en la comunidad) más que a nivel individual, teniendo en cuenta, a la vez, las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores.
	Programas familiares y de habilidades de crianza	Los programas de habilidades de crianza ayudan a padres y madres de formas sencillas. Un estilo de crianza afectuoso.—en el que padres y madres establecen normas de comportamiento aceptable, supervisan de cerca el tiempo libre y los patrones de amistad, ayudan a sus hijos o hijas adolescentes a desarrollar habilidades personales y sociales y son modelos de rol— es uno de los factores de protección más poderosos contra el consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos de riesgo.
Individual	Educación en habilidades personales y sociales que aborden las vulnerabilidades psicológicas individuales	Algunos rasgos de personalidad, como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la sensibilidad a la ansiedad o la desesperanza, se asocian a un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. La educación en habilidades personales y sociales ayuda a la población adolescente en situación de riesgo a afrontar de forma constructiva las emociones derivadas de su personalidad en lugar de utilizar estrategias negativas de afrontamiento como el consumo de alcohol. Tales programas ofrecen oportunidades para aprender habilidades que permiten afrontar situaciones difíciles de la vida diaria de forma segura y saludable.

Cuadro 3.13. (continuación) Intervenciones para prevenir el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas y tratar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Individual	Abordar los trastornos de salud mental	Los trastornos mentales (como la ansiedad y la depresión) y los trastornos del comportamiento (como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno conductual) se asocian a un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas más adelante en la adolescencia y en etapas posteriores de la vida. Tanto en la infancia como en la adolescencia, una estrategia de prevención importante consiste en apoyar a niños, niñas, adolescentes y padres y madres para que aborden los trastornos emocionales y conductuales cuanto antes.
	Educación preventiva basada en la competencia y la influencia sociales	En los programas de prevención basados en habilidades, el profesorado capacitado hace participar al alumnado en actividades interactivas para dar adolescentes y jóvenes la oportunidad de aprender y practicar una serie de habilidades personales y sociales (competencia social). Estos programas se centran en fomentar capacidades que permitan a adolescente y jóvenes contrarrestar las presiones sociales de sus pares para consumir sustancias psicoactivas o alcohol y, en general, afrontar de forma saludable situaciones vitales difíciles.
	Mentoría	La mentoría "natural" se refiere a las relaciones e interacciones de niños, niñas y adolescentes con adultos no emparentados, como profesores, entrenadores y líderes comunitarios. Se ha comprobado que se relaciona con la reducción de las tasas de consumo de sustancias psicoactivas y de violencia. Estos programas emparejan a una persona adolescente o joven, sobre todo procedente de contextos marginales, con una persona adulta que se compromete a organizar actividades y a pasar tiempo con ella de forma regular.

Fuentes: Squeglia *et al.*, 2016 *(399)*, Tomczyk *et al.*, 2016 *(400)*.

3.10 Intervenciones para abordar el consumo de tabaco

El tabaco mata directamente hasta a la mitad de sus consumidores y a muchos otros por exposición al humo ambiental de tabaco *(401)*. Se considera que es una de las mayores amenazas para la salud pública. Cuando los consumidores de tabaco toman conciencia de sus peligros, la mayoría quieren abandonar el consumo. Sin embargo, la nicotina de los productos del tabaco es sumamente adictiva; sin apoyo para abandonar el tabaco, solo lo consiguen el 4% de los consumidores que intentan dejarlo. El apoyo profesional y los medicamentos de eficacia probada para dejar de fumar pueden multiplicar casi por tres la posibilidad de que una persona consumidora de tabaco abandone el hábito *(401)*. Estas y otras intervenciones se presentan en el cuadro 3.14.

La población joven está cada vez más expuesta a sistemas electrónicos de administración de nicotina, también conocidos como vaporizadores, vapeadores o cigarrillos electrónicos. Los cigarrillos electrónicos son especialmente peligrosos para la población adolescente. La nicotina es muy adictiva y puede afectar al cerebro de adolescentes y jóvenes, que sigue desarrollándose hasta aproximadamente los 25 años.

Al igual que ocurre con el consumo de tabaco, el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina aumenta el riesgo de cardiopatías y de trastornos pulmonares. Existe cierta evidencia de que hay una relación entre el vapeo en adolescentes y el inicio del consumo de tabaco *(402, 403)*. Sin embargo, es demasiado pronto para dar una respuesta clara sobre las repercusiones a largo plazo del uso de cigarrillos electrónicos o de la exposición a ellos.

La publicidad, la comercialización y la promoción de los sistemas electrónicos de administración de nicotina han crecido rápidamente, sobre todo a través de Internet y de las redes sociales. En muchos casos, esta comercialización suscita preocupación por las afirmaciones engañosas sobre la salud, las declaraciones falsas sobre la facilidad para dejar de fumar y por el hecho de dirigirse a la población joven (sobre todo con el uso de sabores).

Cuadro 3.14. Intervenciones para reducir el consumo de tabaco y la exposición al tabaco

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Reducir la asequibilidad del tabaco	Aumentar los impuestos especiales sobre el tabaco para encarecer los productos del tabaco.
	Prohibir la publicidad del tabaco	Hacer cumplir la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, incluida la publicidad transfronteriza, por Internet y en las redes sociales. Promover activamente los ambientes sin humo de tabaco en los medios de entretenimiento, el cine y el teatro.
	Entornos sin humo de tabaco	Elaborar estatutos que aseguren que todas las escuelas, las zonas recreativas, los lugares de trabajo interiores, los lugares públicos y el transporte público estén completamente libres de humo de tabaco.
Organizacional y comunitario	Campañas para concientizar sobre los peligros del tabaco	Realizar campañas regulares y eficaces en los medios de comunicación para concientizar sobre los peligros del tabaco. Exigir la presencia de advertencias de salud gráficas en el empaquetado y la publicidad.
	Prevención del tabaco en los programas escolares	Integrar la prevención del tabaco en las políticas escolares, la educación para la salud y los servicios de salud basados en aptitudes. Véase el informe de la OMS sobre la prevención del consumo de tabaco como importante punto de entrada para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud *(404)* en lo que respecta a las metas relativas a los conocimientos, las actitudes y el desarrollo de habilidades adecuadas para la edad. En ningún caso se llevarán a cabo estos programas en colaboración con la industria tabacalera o con su financiamiento.
Interpersonal e individual	Orientación para abandonar el consumo de tabaco	Los médicos deben exhortar a todas las personas que no fuman a que no empiecen a hacerlo, recomendar enfáticamente a todos los fumadores que dejen de fumar y apoyarlos en sus intentos, y aconsejar a las personas que usen otras formas de tabaco que abandonen el hábito. Para obtener orientación específica, véase el documento de la OMS *Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco a nivel de la atención primaria (405).*

3.11 Intervenciones en materia de actividad física y comportamiento sedentario

Está demostrado que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar las ENT como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y diversos tipos de cáncer. También ayuda a prevenir la hipertensión arterial y a mantener un peso corporal saludable, y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. A pesar de estos beneficios, más del 80% de la población adolescente a escala mundial no realiza suficiente actividad física. En el cuadro 3.15 se enumeran las intervenciones para promover la actividad física.

Cuadro 3.15. Intervenciones para promover la actividad física en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Políticas de planificación urbana	Los gobiernos deben asociarse con las comunidades, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG) para desarrollar espacios seguros inclusivos para la actividad física e instalaciones accesibles para el deporte, el recreo y el ocio. Se deben adoptar políticas activas de transporte para que todas las personas puedan caminar, desplazarse en bicicleta y usar otros medios de transporte no motorizados sin peligro. Proporcionar transporte gratuito o subvencionado a gimnasios y centros deportivos accesibles (por ejemplo, para adolescentes con discapacidad).
	Instalaciones escolares y públicas	Debe haber instalaciones adecuadas en las escuelas, en los lugares donde trabajan adolescentes y jóvenes y en espacios públicos para la actividad física durante el tiempo de recreo para todos los adolescentes de ambos sexos (incluidos los que tienen discapacidad), y espacios que tengan en cuenta cuestiones de género cuando proceda.
Organizacional y comunitario	Programas de concientización del público sobre la actividad física	Proporcionar orientación a niños, niñas y adolescentes, sus padres y madres, personas a cargo del cuidado, profesores y profesionales de la salud sobre el peso corporal saludable, la actividad física, los hábitos de sueño y el uso apropiado de dispositivos con pantallas electrónicas con fines de entretenimiento.
	Planes de estudios que incluyan la educación física en las escuelas	Un buen plan de estudios de educación física desarrolla las capacidades y el acondicionamiento físico, proporciona actividad para todos los niños, niñas y adolescentes, incluidos los que tienen necesidades específicas, fomenta la práctica continuada de deportes y actividad física en etapas posteriores de la vida y ofrece recreación y relajación. Realizar campañas de comunicación sobre prácticas óptimas vinculadas a programas comunitarios, con miras a fortalecer la concientización, el conocimiento, la comprensión y la valoración de los múltiples beneficios para la salud que reportan la actividad física regular y un comportamiento menos sedentario, en función de la capacidad, para el bienestar individual, familiar y comunitario.
	Actividades deportivas regulares y estructuradas	Las actividades deportivas regulares y estructuradas para adolescentes fortalecen los vínculos entre la actividad física, el deporte y la salud y reducen el comportamiento sedentario.
Interpersonal e individual	Orientación sobre la actividad física para adolescentes	En la población adolescente, la actividad física saludable implica realizar, en promedio, al menos 60 minutos de actividad de moderada a vigorosa al día a lo largo de la semana: • incorporar actividades aeróbicas de alta intensidad, así como aquellas que fortalezcan los músculos y los huesos, al menos tres días por semana; y • limitar el tiempo de sedentarismo, en especial el tiempo de ocio que se pasa ante una pantalla. Organizar actividades periódicas de participación masiva en espacios públicos en las que participe toda la comunidad, para facilitar el acceso gratuito a actividades físicas agradables, asequibles y social y culturalmente apropiadas.

Fuentes: OMS, 2010 *(406)*, OMS, 2018 *(407)*.

3.12 Intervenciones en materia de nutrición de la población adolescente

Las prácticas nutricionales óptimas pueden tener profundos beneficios para la salud y el bienestar adolescentes, hoy y en el futuro *(408)*. Durante este segundo período de crecimiento intenso, pueden abordarse las deficiencias nutricionales que persisten desde la infancia y es posible que se produzca un crecimiento acelerado de compensación. Además, la adolescencia brinda la oportunidad de adoptar hábitos alimentarios saludables que pueden ejercer un impacto de por vida (véanse los cuadros 3.163.18 y el recuadro 3.9).

Entre los desafíos nutricionales a los que se enfrenta la población adolescente se encuentran las carencias de micronutrientes, la inseguridad alimentaria, la calidad insuficiente de la alimentación y la obesidad.

Lograr una nutrición óptima en la población adolescente requiere adoptar medidas coordinadas que incluyan, en el mejor de los casos, la salud, la educación, la protección social, los medios de comunicación y otras áreas. Las escuelas pueden ofrecer intervenciones a los grupos de alto riesgo, por ejemplo, suplementos de hierro y ácido fólico para las adolescentes. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud pueden poner en marcha programas de tamizaje y tratamiento, y se confía en ellos para obtener información.

Cuadro 3.16. Intervenciones para promover la alimentación saludable en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Perfiles nutricionales	Elaborar y usar perfiles nutricionales para detectar los alimentos y las bebidas poco saludables.
	Sistema de etiquetado nutricional	Implantar un sistema de etiquetado nutricional estandarizado a nivel mundial, controlar el uso de afirmaciones engañosas sobre la salud y la nutrición e implantar el etiquetado obligatorio en la parte frontal de los envases.
	Reducción del acceso y de la asequibilidad de alimentos y bebidas poco saludables. Es necesaria una política gubernamental que restrinja la disponibilidad de los alimentos ultraprocesados	Gravar y aumentar el precio de los alimentos y las bebidas azucaradas muy calóricos pero poco nutritivos.
	Disminución del impacto de la comercialización de alimentos y bebidas poco saludables	Centrarse en los alimentos y las bebidas con alto contenido de azúcar, sal y grasa. Fomentar la cooperación entre los Estados Miembros con respecto a la comercialización transfronteriza. Poner en práctica el *Conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*.
	Políticas y normas alimentarias	Deben tener definiciones claras de los componentes clave de las políticas alimentarias, permitiendo así un proceso de ejecución estándar.
	Protección social	Transferencias de efectivo para aumentar el consumo de comidas saludables y suplementos de micronutrientes. (Véase el estudio de caso 3.3 sobre la prevención del embarazo en adolescentes y el apoyo a las adolescentes embarazadas en Ecuador).
Organizacional	Entornos alimentarios saludables en las escuelas y otras instituciones públicas	Exigir que en los entornos frecuentados por adolescentes (por ejemplo, escuelas, entornos de atención pediátrica, instalaciones y eventos deportivos para niños, niñas y adolescentes y lugares donde trabajan adolescentes jóvenes) se creen entornos propicios a la alimentación saludable.
	Mayor acceso a alimentos saludables	Aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de alimentos saludables en instituciones y entornos públicos, en particular en las comunidades desfavorecidas.
	Educación nutricional	La educación nutricional puede abarcar el cultivo de huertos escolares, la diversidad alimentaria, el entorno alimentario y las habilidades prácticas de preparación de los alimentos. Los programas escolares también pueden apoyar la nutrición y la preparación de los alimentos.

Cuadro 3.16. (continuación) Intervenciones para promover la alimentación saludable en la población adolescente

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Comunitario e interpersonal	Campañas de educación nutricional	Garantizar la elaboración y difusión de información y directrices nutricionales adecuadas y adaptadas al contexto, de una manera sencilla, comprensible y accesible para todo el mundo. Utilizar las redes sociales para promover comportamientos saludables o influir en las normas sociales y ofrecer intervenciones para el control del sobrepeso y de la obesidad.
	Campañas de concientización sobre la obesidad en la adolescencia	Estas campañas deben dirigirse a los responsables de elaborar políticas, al personal médico, a los adultos, adolescentes y niños de ambos sexos en general, y fomentar el desarrollo de capacidades relacionadas con la obesidad en la adolescencia y sus factores de riesgo.
	Implicación comunitaria en las intervenciones	Aumentar la implicación de la comunidad en las intervenciones, incluida la información culturalmente pertinente. Incluir la mentoría de miembros de la comunidad para aumentar el impacto de las intervenciones.
Individual	Orientación sobre una alimentación saludable	Por ejemplo, la orientación médica alimentaria para adolescentes consiste en: • restringir la ingesta de sodio a menos de 2 g por día, reducir el uso de sal al cocinar y limitar el consumo de los alimentos procesados y la comida basura; • restringir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% del consumo total de energía; una reducción adicional a menos del 5% o aproximadamente 25 g (seis cucharaditas) por día proporcionaría más beneficios para la salud; • ingerir cinco raciones (400500 g) de frutas y verduras por día; una ración equivale a una naranja, una manzana, un mango o un plátano o tres cucharadas soperas de verduras y hortalizas cocinadas; • limitar el consumo de carnes con grasa, grasas lácteas y aceite para cocinar (menos de dos cucharadas soperas por día); sustituir el aceite de palma y coco por aceite de oliva, soja, maíz, colza o cártamo (alazor); sustituir otro tipo de carnes por pollo (sin piel); • enriquecer con yodo toda la sal de uso doméstico y la empleada en la elaboración de alimentos como estrategia segura y eficaz para prevenir y controlar los trastornos por carencia de yodo; • ofrecer suplementos diarios de hierro como intervención de salud pública a las mujeres adultas y adolescentes menstruantes que viven en entornos donde la anemia es muy prevalente (prevalencia igual o superior al 40%), para prevenir la anemia y la carencia de hierro; • ofrecer suplementos intermitentes de hierro y ácido fólico como intervención de salud pública a las mujeres menstruantes para mejorar la concentración de hemoglobina y el estado del hierro y para reducir el riesgo de anemia en poblaciones en las que la prevalencia de la anemia en las mujeres en edad de procrear que no están embarazadas es del 20% o superior.
	Intervenciones de control del peso para adolescentes con obesidad	Establecer y mantener servicios de control de la obesidad basados en la familia, el modo de vida y con múltiples componentes (que incluyan la nutrición, la actividad física y el apoyo psicosocial) para la población adolescente con sobrepeso. Estos servicios los deben proporcionar equipos integrados por diversos profesionales como parte de la cobertura universal de salud.

Fuentes: Hargreaves *et al.*, 2021 *(135)*, OMS, 2018 *(291)*, OMS, 2010 *(409)*.

Recuadro 3.9. Recomendaciones de la OMS para una alimentación saludable en la adolescencia

Ingesta de azúcares para adultos y niños (2015)

La OMS recomienda una ingesta reducida de azúcares libres a lo largo de toda la vida. Tanto en la población adulta como en la población infantil y adolescente, la OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta energética total y sugiere una reducción adicional hasta niveles por debajo del 5% de la ingesta energética total *(411)*.

Ingesta de potasio en adultos y niños (2012)

La OMS sugiere aumentar la ingesta de potasio a través de los alimentos con el fin de controlar la tensión arterial en las personas de 2 a 15 años. La ingesta de potasio recomendada de al menos 90 mmol por día en la población adulta debe reducirse en la población infantil y adolescente, teniendo en cuenta las necesidades energéticas de esta población en comparación con las de la población adulta *(412)*.

Ingesta de sodio en adultos y niños (2012)

La OMS recomienda reducir la ingesta de sodio para controlar la tensión arterial en las personas de 2 a 15 años. El nivel máximo de ingesta de sodio recomendado de 2 g por día en la población adulta debe reducirse teniendo en cuenta las necesidades energéticas de la población infantil y adolescente en comparación con las de la población adulta *(413)*.

Fuentes: OMS, 2022 *(239)*, OMS, 2022 *(392)*.

Estudio de caso 3.3

Las transferencias de efectivo mejoran los resultados de las adolescentes embarazadas en Ecuador



© UNICEF/UNI213996/

En la frontera norte de Ecuador, un programa piloto de transferencias de efectivo ofrecía estas transferencias para mejorar la alimentación de las adolescentes embarazadas. El programa se desarrolló de julio a diciembre del 2019 y fue ejecutado conjuntamente por tres ministerios gubernamentales, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la organización Plan International. Las zonas seleccionadas eran comunidades con alto riesgo de violencia de género y embarazo adolescente. Se invitó a participar a adolescentes mujeres residentes en su mayoría en entornos rurales y periurbanos a las que se consideró pobres o extremadamente pobres. El proyecto proporcionó transferencias de efectivo equivalentes a US$ 50 para cubrir los costos de la alimentación recomendada que, de otro modo, no podrían asumir. Las beneficiarias utilizaron los fondos para pagar alimentos, productos sanitarios y servicios de salud. Además de la transferencia de efectivo, recibieron visitas de responsables de la ejecución para fomentar una alimentación saludable y dirigir sesiones informativas sobre seguridad alimentaria y comportamientos sexuales saludables. A pesar de la corta duración del programa, las beneficiarias de las transferencias monetarias aumentaron el número de grupos de alimentos consumidos en un 29%. También aumentó la proporción de mujeres que habían consumido al menos 5 de los 10 grupos de alimentos predefinidos el día o la noche anterior, pasando del 34% al 60%. Además de mejorar la alimentación, hubo más adolescentes que declararon haberse sometido a revisiones prenatales y entender la importancia de utilizar los servicios médicos.

Fuente: Bernardini, 2021 *(410)*.

Cuadro 3.17. Manejo de la desnutrición aguda en adolescentes con tuberculosis

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Individual	Evaluar a los adolescentes de ambos sexos que presentan pérdida de peso en busca de causas subyacentes y tratarlos en consecuencia Ofrecer asesoramiento nutricional e información sobre el peso óptimo y saludable Inscribir a los adolescentes de ambos sexos en riesgo de desnutrición en programas que ofrezcan evaluación, asesoramiento y apoyo nutricionales, de estar disponibles Todas las personas con TB activa deben recibir diagnóstico, tratamiento y atención para la TB de acuerdo con las directrices de la OMS y las normas asistenciales internacionales	*Tratamiento de la desnutrición aguda grave* La población infantil y adolescente en edad escolar (de 5 a 19 años) y la población adulta, incluidas las embarazadas y las mujeres que amamantan, que tienen TB activa y desnutrición aguda grave, deben ser tratadas de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre el manejo de la desnutrición aguda grave. *Manejo de la desnutrición moderada* La población infantil y adolescente en edad escolar (de 5 a 19 años) y la población adulta, incluidas las mujeres que amamantan, que tienen TB activa y desnutrición moderada y no logran recuperar el índice de masa corporal normal tras dos meses de tratamiento de la TB, así como las personas que pierden peso durante el tratamiento de la TB, deben ser evaluadas para determinar la adhesión al tratamiento y detectar afecciones concomitantes. También deben recibir asesoramiento y evaluación nutricionales y, si está indicado, se les deben proporcionar alimentos suplementarios ricos en nutrientes o enriquecidos que estén disponibles localmente, según sea necesario para restaurar el estado nutricional normal. Las embarazadas con TB activa y desnutrición moderada o con un aumento de peso inadecuado deben recibir alimentos suplementarios ricos en nutrientes o enriquecidos que estén disponibles localmente, según sea necesario para lograr en el segundo y el tercer trimestre un aumento de peso semanal medio de aproximadamente 300 g como mínimo. A los pacientes con TB multirresistente y desnutrición moderada se les deben proporcionar suplementos alimentarios ricos en nutrientes o enriquecidos que estén disponibles localmente, según sea necesario para restaurar el estado nutricional normal. Una alimentación adecuada que contenga todos los macronutrientes y micronutrientes esenciales es necesaria para el bienestar y la salud de todas las personas, incluidas las que tienen infección por TB u otras infecciones.

Fuente: OMS, 2013 *(414)*.

Cuadro 3.18. Micronutrientes, incluido el enriquecimiento y la suplementación, para adolescentes

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Estructural y ambiental	Prevenir y controlar la carencia de hierro y la anemia ferropénica Prevenir y controlar los trastornos por carencia de yodo Reducir el riesgo de deficiencias de ácido fólico y de nacimientos de niños y niñas con defectos del tubo neural Enriquecer los alimentos básicos, como la harina, con micronutrientes Enriquecer los condimentos, como la sal, con las sustancias adecuadas	Se recomienda enriquecer con hierro la harina de maíz para prevenir la carencia de hierro en la población, sobre todo en grupos vulnerables como la población infantil y adolescente y las mujeres. Se recomienda enriquecer la harina de maíz con ácido fólico para reducir el riesgo de nacimientos de niños y niñas con defectos del tubo neural.
		Toda la sal de calidad alimentaria utilizada en los hogares y en la elaboración de alimentos debería enriquecerse con yodo como estrategia segura y eficaz para la prevención y el control de los trastornos por carencia de yodo en grupos de población que viven en entornos estables y en situaciones de emergencia.
		A nivel poblacional, las concentraciones de folato en los glóbulos rojos deben ser superiores a 400 ng/ml (906 nmol/l) en las mujeres en edad de procrear para lograr la máxima reducción de los defectos del tubo neural. Este umbral de folato en los glóbulos rojos puede utilizarse como indicador de la insuficiencia de folato en las mujeres en edad de procrear. Dado que las concentraciones bajas de folato no pueden explicar todos los casos de defectos del tubo neural, este umbral no puede predecir el riesgo individual de que en el embarazo se produzca un defecto del tubo neural; por lo tanto, solo es útil a nivel poblacional. No se recomienda ningún umbral de folato sérico para la prevención de los defectos del tubo neural en mujeres en edad de procrear a nivel poblacional. Los países interesados en utilizar este indicador pueden considerar la posibilidad de establecer primero la relación entre el folato sérico y el de los glóbulos rojos y, a continuación, utilizar el valor umbral del folato de los glóbulos rojos para establecer el umbral correspondiente en el suero. La prueba microbiológica se recomienda como el método más fiable para obtener resultados equiparables de folato en los glóbulos rojos en diferentes países.
Comunitario e interpersonal	Prevenir y controlar la carencia de micronutrientes en grupos vulnerables Establecer mecanismos de distribución para llegar a las adolescentes menstruantes de zonas donde la anemia es un problema de salud pública importante	Se recomienda administrar a diario suplementos de hierro como intervención de salud pública en mujeres adultas y adolescentes menstruantes que viven en entornos donde la anemia es muy prevalente (prevalencia igual o superior al 40%) para prevenir la anemia y la carencia de hierro.
		Se recomienda la administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico como intervención de salud pública en mujeres menstruantes que viven en entornos con alta prevalencia de anemia, para mejorar la concentración de hemoglobina y el estado del hierro y reducir el riesgo de anemia en poblaciones donde la prevalencia de anemia en las mujeres en edad de procrear que no están embarazadas es del 20% o superior.
		Se recomienda administrar a diario suplementos de hierro como intervención de salud pública en escolares a partir de 60 meses de edad que vivan en entornos con alta prevalencia de anemia, para prevenir la carencia de hierro y la anemia. En las zonas donde la malaria es endémica, los lactantes y los niños de ambos sexos deben recibir suplementos de hierro junto con las medidas de salud pública para prevenir, diagnosticar y tratar la malaria.
		Se recomienda la administración intermitente de suplementos de hierro como intervención de salud pública en preescolares y escolares para mejorar el estado del hierro y reducir el riesgo de anemia en entornos donde la prevalencia de anemia en preescolares o escolares es del 20% o superior.

Cuadro 3.18. (continuación) Micronutrientes, incluido el enriquecimiento y la suplementación, para adolescentes

Nivel ecológico	Intervención	Otros comentarios
Comunitario e interpersonal		La administración de suplementos de hierro por vía oral, solos o en combinación con suplementos de ácido fólico, puede proporcionarse a las mujeres que han dado a luz, durante las 612 semanas siguientes al parto, para reducir el riesgo de anemia en entornos donde la anemia gestacional es un problema de salud pública.
		No se recomienda el uso sistemático de múltiples micronutrientes en polvo durante el embarazo como una alternativa a los suplementos habituales de hierro y ácido fólico durante el embarazo para mejorar los resultados de salud maternoinfantil.
		No se recomienda administrar suplementos de vitamina A a las mujeres en el posparto para prevenir la morbimortalidad maternoinfantil.
Individual	Tratar la anemia en las personas diagnosticadas	Seguir las directrices nacionales para el tratamiento de la anemia.

Fuentes: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2011 *(415)*, OMS, 2016 *(416)*, UNICEF, 2023 *(417)*, Fernández Gaxiola y DeRegil, 2019 *(418)*, OMS, 1999 *(419)*.

3.13 Intervenciones en entornos frágiles o de crisis humanitarias

Las emergencias humanitarias aumentan los riesgos y agravan la vulnerabilidad de la población joven. Los lazos familiares y sociales de protección pueden verse alterados, y los riesgos de abuso y explotación aumentan al dejar de funcionar los sistemas de seguridad. Cada vez más, los desplazamientos forzosos y las crisis humanitarias se desarrollan durante períodos más largos, de meses o años, y a veces afectan a la población joven durante gran parte de su adolescencia. En el cuadro 3.19 se presentan intervenciones para apoyar a la población adolescente en estos entornos.

El Pacto para la Juventud en la Acción Humanitaria, lanzado en la Cumbre Humanitaria Mundial *(2016)*, es un compromiso colectivo de más de 60 actores humanitarios "que trabajan para velar por que las prioridades de adolescentes y jóvenes se aborden y por que reciban información, sean consultados y participen de manera significativa en todas las etapas de la acción humanitaria". Se definieron cinco medidas clave *(420)*:

- Medida 1: Fomentar e incrementar los programas inclusivos y con perspectiva de edad y género que contribuyan a la protección, la salud y el desarrollo de las jóvenes, los jóvenes, las niñas y los niños en contextos de crisis humanitarias.
- Medida 2: Respaldar la incorporación sistemática de la participación de la población joven y la asociación con esta en todas las etapas de la acción humanitaria mediante el intercambio de información y la colaboración en los procesos de decisión en todos los niveles, entre otros, con respecto a las asignaciones presupuestarias.
- Medida 3: Reconocer y fortalecer las capacidades y aptitudes de adolescentes y jóvenes para que sean agentes humanitarios eficaces en la prevención, preparación, respuesta y recuperación, y empoderar y apoyar, en el ámbito local, iniciativas y organizaciones dirigidas por jóvenes en la respuesta humanitaria, como las dirigidas a jóvenes afectados de ambos sexos, incluidos los jóvenes refugiados de ambos sexos y las personas desplazadas dentro de su propio país que viven en asentamientos urbanos irregulares y barrios marginales.
- Medida 4: Incrementar los recursos destinados a atender las necesidades y prioridades de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos afectados por crisis humanitarias, incluidos desastres, conflictos y desplazamientos, y determinar formas de realizar un seguimiento más preciso e informar sobre los recursos asignados a la población joven en contextos de crisis humanitarias.
- Medida 5: Garantizar la generación y el uso de datos desglosados por edad y sexo relativos a la población adolescente y joven en entornos de crisis humanitarias.

Cuadro 3.19. Intervenciones de apoyo a la población adolescente en entornos frágiles o de crisis humanitarias

Intervención	Otros comentarios
Nutrición	Evaluar las condiciones y asegurarse de que haya raciones adecuadas para grupos de población adolescente según la edad, el sexo, el peso, el nivel de actividad física y otros factores clave, teniendo en cuenta la energía y los micronutrientes que necesitan.
Discapacidad y traumatismos	Garantizar que los servicios de salud básicos sean accesibles para la población adolescente con discapacidad y la población adolescente con dificultades de funcionamiento derivadas de traumatismos en caso de emergencia, incluidos los servicios de rehabilitación y los medicamentos esenciales en las dosis y formulaciones adecuadas.
Violencia	Realizar exámenes médicos de detección a los menores ex combatientes y proporcionar atención clínica y apoyo psicosocial comunitario a las víctimas de actos de violencia sexual y otros tipos de violencia de género, y apoyar su reintegración en las familias y comunidades. Crear espacios seguros virtuales y físicos, también en las escuelas.
Salud sexual y reproductiva	Varias intervenciones de salud sexual y reproductiva basadas en la evidencia pueden ser eficaces para la población joven en contextos humanitarios y en países de ingresos bajos y medianos, en particular las aptitudes para el uso de anticonceptivos y preservativos y la prevención de las ITS y de la infección por el VIH. Considerar la ejecución de un conjunto mínimo inicial de servicios de salud sexual y reproductiva y, cuando sea viable, organizar una respuesta más integral, que incluya el apoyo psicosocial, un sistema de protección que aborde la violencia sexual y el matrimonio infantil y adolescente, y programas de planificación familiar y contra las ITS para adolescentes.
Agua, saneamiento e higiene	Garantizar el acceso seguro, el uso y el mantenimiento de retretes, materiales e instalaciones para el manejo de la higiene menstrual, agua y jabón o ceniza para lavarse las manos, la recogida y el almacenamiento higiénicos del agua para consumo y uso, el almacenamiento y la preparación higiénicos de los alimentos y la gestión eficaz de los residuos.
Consolidación de la paz	Promover la consolidación de la paz mediante la creación de espacios seguros, la mejora de los conocimientos y las capacidades a través de la educación, el fomento de la confianza entre la población joven y los gobiernos, la promoción del intercambio intergeneracional y el apoyo a la población joven para que contribuyan a sus comunidades. El portal de Internet Youth4Peace (https://www.youth4peace.info/) ofrece un centro de conocimientos para compartir las contribuciones positivas de la población joven a los procesos de paz y a la resolución de conflictos.
Salud mental	Promover actividades recreativas inclusivas para adolescentes, reanudar la educación formal o informal y la participación en actividades de interés concretas y con un propósito. Emplear técnicas de primeros auxilios psicológicos para proporcionar apoyo general a los adolescentes de ambos sexos y a sus padres y madres. Para el manejo de primera línea de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia por prestadores de atención de salud no especializados, se debe seguir la guía para las intervenciones humanitarias del Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP) *(13)*. La programación basada en el juego, que utiliza el deporte y el juego, es cada vez más prometedora. Hay que considerarlos en los centros de refugiados y en los espacios adaptados a la población adolescente.

Fuentes: OMS, 2015 *(13)*, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 2010 *(295)*, House *et al*., 2012 *(309)*, OMS, 2016 *(326)*, UNICEF, 2004 *(421)*, The Sphere Project, 2011 *(422)*, Desrosiers *et al*., 2020 *(423)*, OMS, 2015 *(424)*, Youth Power2, 2022 *(425)*, Naciones Unidas, 2018 *(426)*, OMS, 2003 *(427)*, OMS, 2011 *(428)*, OMS, 2004 *(429)*, OMS, 2013 *(430)*, OMS, 2004 *(431)*, OMS, 2012 *(432)*, ACNUR, 2010 *(433)*, OMS, 2006 *(434)*, Lathia *et al*., 2020 *(435)*.

Capítulo 4. Establecer prioridades nacionales

4.1 Evaluación de las necesidades 102

4.2 Análisis del panorama 105

4.3 Establecimiento de prioridades 107

4.4 Otras consideraciones 109


© OMS / NOOR / Benedicte Kurzen

Capítulo 4. Establecer prioridades nacionales

Mensajes clave

- Los gobiernos nacionales y subnacionales deben determinar y abordar las prioridades de programación en materia de salud y bienestar adolescentes por las siguientes razones:
  - el alcance de los programas de salud y bienestar adolescentes es muy amplio;
  - la naturaleza, la escala y la repercusión de las necesidades de salud y bienestar de la población adolescente son específicas de cada país;
  - todos los países afrontan limitaciones de los recursos, por lo que deben tomar decisiones difíciles para que los recursos se usen con la máxima eficacia.
- El proceso de priorización nacional debe ser explícito y transparente, y debe involucrar a todas las partes interesadas pertinentes de los sectores clave. Este proceso debe comprender lo siguiente:
  - una evaluación de las necesidades, a fin de determinar las afecciones que tienen la mayor repercusión en la salud, el bienestar y el desarrollo de la población adolescente, tanto en la población adolescente agrupada por edad, sexo y región del país como en los grupos más vulnerables;
  - un análisis del panorama de los programas, las políticas, las leyes, la capacidad y los recursos existentes en el país con respecto a la salud y el bienestar adolescentes, así como un análisis de las orientaciones que existen actualmente a escala mundial y local con respecto a las intervenciones basadas en la evidencia; y
  - la asignación de prioridades mediante la aplicación de criterios explícitos, como la magnitud del problema y su importancia para la salud pública; las posibilidades de abordar las necesidades de los grupos vulnerables y desatendidos; la existencia de intervenciones eficaces, apropiadas y aceptables para reducir las cargas prioritarias; y la viabilidad de llevar a cabo la intervención o las intervenciones, y de ampliarlas a escala.
- Con el tiempo, los países deberían reevaluar sus prioridades y su programación relativas a la salud y el bienestar adolescentes para asegurarse de que siguen satisfaciendo las necesidades cambiantes. Es necesario tener en cuenta las nuevas tendencias en los ámbitos de la salud y los servicios de salud, el desarrollo económico, el empleo, la migración, la urbanización, los conflictos, la degradación del medioambiente y la innovación tecnológica.
- Si bien las prioridades nacionales y subnacionales orientan las medidas locales, las actividades de los programas se deben contextualizar más a nivel local en función de los datos locales, determinando los grupos prioritarios de adolescentes, incluidos los más vulnerables, así como las mejores maneras de llegar a ellos con intervenciones y servicios, al tiempo que se hace el uso más eficaz de los recursos locales.

Panorama del capítulo

El primer paso de la programación para la salud y el bienestar adolescentes es reconocer las prioridades. En este capítulo se explica por qué es necesaria la asignación de prioridades y se describe el proceso de priorización nacional y sus pasos. Se presentan ejemplos de cómo se lleva a cabo este proceso a fin de integrar las consideraciones en todos los ámbitos del bienestar.

Los gobiernos reconocen cada vez más que las necesidades diversas y complejas en materia de salud y bienestar de la población adolescente, que se describen en los capítulos 1 y 2, exigen que se asignen prioridades para optimizar el uso eficaz de los recursos nacionales. El proceso de priorización nacional consta de tres pasos: 1) la evaluación de las necesidades, 2) el análisis del panorama y 3) el establecimiento de prioridades (véase el cuadro a continuación). El tiempo, la capacidad de los recursos humanos y el financiamiento a menudo dictarán el nivel y la profundidad de estos pasos.

Deben adoptarse mecanismos para que la población adolescente participe y pueda contribuir de manera significativa en cada uno de los pasos descritos.

Muchos países han aplicado los pasos descritos en la primera edición de la *Guía AA-HA!* para lograr un consenso nacional sobre las prioridades en materia de salud y bienestar adolescentes. Dado que los países van a elaborar una nueva generación de programas que integrarán mejor las consideraciones relativas al bienestar, es importante que se evalúen las necesidades y se haga un análisis del panorama en todos los dominios del bienestar. En el recuadro 4.1 se presenta la TB a modo de ejemplo.

Novedades en este capítulo

- el proceso de priorización nacional, explicado desde la perspectiva de todos los ámbitos del bienestar;
- mayor consideración de la perspectiva de género durante la evaluación de las necesidades y el análisis del panorama;
- la asignación de prioridades a nivel subnacional y local;
- nuevos estudios de casos.

Paso 1. Evaluación de las necesidades

En una evaluación de las necesidades se reconoce la situación en materia de salud y bienestar adolescentes en el país, considerando tanto el estado actual como las tendencias y las inequidades en la exposición a los factores de riesgo, las cargas y el acceso a los servicios de salud. En la evaluación se determina qué afecciones tienen la mayor repercusión en la salud y el desarrollo de esta población, tanto en general como entre quienes afrontan un mayor riesgo. También se deben tener en cuenta las diferencias entre adolescentes varones y mujeres y entre adolescentes de menor y de mayor edad, al igual que otros factores, como la discapacidad y la situación socioeconómica, que afectan la equidad en materia de salud.

Paso 2. Análisis del panorama

Un análisis del panorama examina los programas y políticas en materia de salud y bienestar adolescentes que hay en el país, así como la legislación, la capacidad y los recursos conexos. También debe examinar los obstáculos que enfrentan la población adolescente en general y los subgrupos de población vulnerables en particular a la hora de acceder a los servicios. Además, este análisis del panorama debe explorar la orientación actual a nivel mundial y local, para determinar qué intervenciones están basadas en la evidencia y son las más eficaces a fin de abordar las afecciones reconocidas en la evaluación de las necesidades.

Paso 3. Establecer prioridades

Un ejercicio de establecimiento de prioridades considera las afecciones y las poblaciones de adolescentes de alta prioridad, determinadas en el primer paso, así como las intervenciones basadas en la evidencia y los mecanismos más viables para abordar dichas afecciones, determinados en el segundo paso. Este proceso tiene en cuenta la población adolescente más vulnerable; la urgencia, frecuencia, escala y consecuencias de las cargas; la disponibilidad de intervenciones eficaces, apropiadas y aceptables para reducir dichas cargas; y la disponibilidad de recursos y la capacidad para ejecutar o ampliar equitativamente las intervenciones prioritarias.

Recuadro 4.1. Evaluación de las necesidades y análisis del panorama respecto a los dominios del bienestar en el contexto de la población adolescente con TB

Salud física y mental

Evaluación de las necesidades de la población adolescente con TB

- ¿Qué se sabe sobre la forma en que el tratamiento de la TB, especialmente el de segunda línea, afecta la adhesión, en particular en lo relacionado con los efectos secundarios, la estigmatización, la salud mental y la calidad de vida?
- ¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol en la población adolescente con TB?
- ¿Qué se sabe sobre las repercusiones del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol en los eventos adversos y los resultados de la atención de la TB?
- ¿Hay datos sobre el riesgo y los resultados de la TB durante el embarazo en la población adolescente?
- ¿Qué efectos tienen los problemas familiares, la pobreza, la estigmatización, la asistencia al trabajo o a la escuela y la migración en el compromiso de la población adolescente con el tratamiento de la TB?
- ¿Cómo se ve afectado el acceso equitativo de toda la población adolescente al tratamiento directamente observado en establecimientos de salud por el miedo a la estigmatización, la preocupación sobre la confidencialidad, los costos de traslado y la necesidad de asistir a la escuela o al trabajo?

Análisis del panorama

- ¿Cuáles son las estrategias actuales para reconocer y tratar el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol en adolescentes con TB?
- ¿La población adolescente es una beneficiaria explícita del tratamiento preventivo de la tuberculosis (TPT), y recibe prioridad a la hora de suministrar el TPT?
- ¿Se comunican regularmente los datos sobre el uso y la finalización del TPT por la población adolescente?
- ¿Cómo afectan la estigmatización, los costos y otras dificultades relacionadas con las visitas a los consultorios la cobertura con el TPT?
- ¿El tratamiento directamente observado en un establecimiento de salud es accesible y aceptable por igual para toda la población adolescente?

Conexión y contribución positiva a la sociedad

Evaluación de las necesidades

- ¿Cuáles son las repercusiones psicosociales y emocionales del aislamiento y la hospitalización prolongados en la adolescencia?

Análisis del panorama

- ¿Los establecimientos de salud para pacientes hospitalizados se adaptan a las necesidades de la población adolescente y son propicios para mantener las relaciones familiares y entre pares durante los períodos prolongados de hospitalización?

Seguridad y entorno favorable

Evaluación de las necesidades

- ¿Qué se sabe sobre el grado de protección de los derechos de la población adolescente con TB, incluidos los derechos a la seguridad, a la satisfacción de las necesidades básicas, al acceso sin discriminación a la atención de salud, a la protección contra la hospitalización innecesaria y a beneficiarse de los avances científicos?
- ¿Qué se sabe sobre la repercusión de los gastos catastróficos, la pérdida de ingresos y la inseguridad alimentaria derivados de la TB y su tratamiento en la población adolescente y sus familias?
- ¿Se observan diferencias por motivos de género en determinados resultados, como el mayor riesgo para las adolescentes mujeres de contraer la infección por VIH y, en consecuencia, la TB?

Análisis del panorama

- ¿Hay mecanismos para vigilar si se protegen los derechos de la población adolescente con TB, incluidos los derechos a la seguridad, a la satisfacción de las necesidades básicas, al acceso sin discriminación a la atención de salud, a la protección contra la hospitalización innecesaria y a beneficiarse de los avances científicos? ¿Hay mecanismos para quejas o denuncias y reparación?

Aprendizaje, competencia, educación, habilidades y empleabilidad

Evaluación de las necesidades

- ¿Qué se sabe sobre las repercusiones de la TB y su tratamiento en la educación, incluidas las repercusiones del aislamiento o la hospitalización prolongados?

Análisis del panorama

- ¿Cuáles son los mecanismos para prevenir y mitigar las perturbaciones de la educación derivadas de la TB y su tratamiento y para garantizar que los medios de subsistencia futuros de la población adolescente no se vean afectados?

Sentido de agencia y resiliencia

Evaluación de las necesidades

- ¿Qué se sabe sobre la forma en que la estigmatización y los modelos jerárquicos de atención, como el tratamiento en establecimientos de salud, socavan el sentido de agencia de la población adolescente?
- ¿Cuáles son las amenazas para las redes de relaciones sociales derivadas de la posible estigmatización por la TB y su tratamiento?
- ¿Qué repercusión tiene el aumento de los problemas de salud mental en la resiliencia de la población adolescente?

Análisis del panorama

- ¿Hay grupos de apoyo entre pares y otros mecanismos para ayudar a que la población adolescente con TB le encuentre un propósito o sentido a su experiencia con la enfermedad?

4.1 Evaluación de las necesidades

¿Qué es la evaluación de las necesidades?

La evaluación de las necesidades implica un examen nacional sistemático del estado de salud y bienestar de la población adolescente *(105)*. Debe incluir un análisis de los datos disponibles desglosados por sexo, grupos etarios, discapacidad, nivel educativo, situación escolar, grado de conocimientos básicos sobre salud, estado civil, ubicación (p. ej., si es urbana o rural), cómo y con quién se vive, situación socioeconómica, acceso y uso de aplicaciones y servicios digitales que afectan a la salud y el bienestar de la población adolescente y otras variables que pueden ser importantes en el contexto local, como el origen étnico. Como parte de una evaluación de las necesidades, es fundamental realizar un análisis de género (véase el recuadro 4.2).

¿Qué tipo de datos deben analizarse durante una evaluación de las necesidades?

La evaluación de las necesidades debe utilizar los datos más recientes, derivados de investigaciones precisas y representativas, para determinar las principales causas de mortalidad y morbilidad y la prevalencia de enfermedades en adolescentes, así como los factores de riesgo y de protección relacionados con ellas en todos los dominios de la salud y el bienestar. En el capítulo 2 se presenta una evaluación de las necesidades a nivel mundial. En condiciones ideales, se realizaría una evaluación similar a nivel nacional y subnacional. Dado que las estimaciones de la carga de morbilidad mundial y regional pueden no reflejar algunos problemas locales, las evaluaciones de las necesidades deben guiarse por las condiciones descritas en el capítulo 2, aunque sin limitarse a ellas. Por ejemplo, en algunos contextos las mordeduras de serpientes venenosas son un problema,

Recuadro 4.2. Preguntas para un análisis de género en la programación relacionada con la salud y el bienestar adolescentes

- ¿Cómo obtienen adolescentes de ambos sexos información sobre los servicios esenciales y cuáles son sus canales, métodos, plataformas o fuentes preferidos y confiables? ¿Cómo difieren estos entre adolescentes de uno y otro sexo y entre muchachas y muchachos de zonas urbanas y rurales, de distintas edades y etnias y con discapacidad?
- ¿Quién toma las decisiones sobre el acceso de la población adolescente a servicios esenciales y para los que el tiempo es un factor decisivo, como los de anticoncepción? ¿Qué recursos necesitan padres, madres o tutores legales para garantizar el acceso de sus adolescentes a ellos (p. ej., información, dinero, tiempo, transporte)? ¿Quién tiene acceso a estos recursos y los controla?
- ¿Cómo afecta la necesidad de confidencialidad de maneras diferentes a los adolescentes de ambos sexos? Por ejemplo, ¿tienen un acceso diferente a los recursos (como libertad de movimiento, acceso a dinero en efectivo, tiempo sin supervisión) que pueda influir en sus posibilidades de obtener atención de manera confidencial?
- En determinados barrios o comunidades, ¿quién puede acceder a los hogares para las actividades de extensión asistencial cuando se realizan campañas casa por casa? ¿Hay zonas donde solo se permite la entrada en los hogares de trabajadoras de salud o voluntarias mujeres? ¿Cómo afecta el acceso (o la falta de este) a la planificación de los trabajadores de primera línea, como movilizadores sociales y vacunadores?
- ¿Participan las niñas y las adolescentes de forma equitativa y significativa en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas a diferentes niveles? ¿Qué se podría hacer para aumentar su participación?
- ¿Cuáles son los obstáculos de acceso a los establecimientos de salud para niñas y niños (barreras relacionadas, por ejemplo, con la calidad, la seguridad, la disponibilidad, el acceso y el espacio en las zonas de espera)? ¿Cómo podrían superarse estos obstáculos?
- ¿Cuáles son los posibles obstáculos derivados de las normas socioculturales y de género, así como de las leyes y políticas, que podrían dificultar el acceso oportuno a los servicios críticos o, por ejemplo, la eficacia de los servicios de extensión asistencial para las personas más vulnerables?
- ¿Cómo se recluta, capacita, apoya y supervisa a los trabajadores de salud? ¿Qué oportunidades tienen para avanzar profesionalmente y para recibir una remuneración justa? ¿Hay problemas relacionados con la seguridad de los trabajadores, la carga de trabajo o la flexibilidad del horario de trabajo? ¿Los trabajadores de salud reciben capacitación en materia de género?
- ¿Se ha consultado e incorporado a mujeres y varones adolescentes de diferentes orígenes en el diseño, el seguimiento y la evaluación de los servicios de atención de salud? En caso afirmativo: ¿cómo participan?
- ¿Las actividades de seguimiento llegan por igual a los adolescentes de ambos sexos para conocer sus experiencias y puntos de vista?

Fuente: OMS, 2021 *(68)*.

y los menores trabajadores, de entre 10 y 14 años, corren un riesgo mayor que otras personas *(436-438)*. En Nepal, por ejemplo, las mordeduras de serpiente aparecieron como uno de los problemas destacados cuando se emprendió la asignación de prioridades a nivel municipal según la *Guía AA-HA!*

Es fundamental que la evaluación de las necesidades tenga en cuenta los datos de todas las áreas clave de la salud y el bienestar adolescentes, sin limitar el análisis a determinadas áreas de la salud (como la salud sexual y reproductiva o la nutrición) en las que podría haber más información. Si no hay datos sobre determinadas afecciones (como la salud mental en la adolescencia, la mutilación genital femenina o las infecciones de transmisión sexual distintas del VIH) o son limitados, esto se debe reconocer como un hallazgo. Más adelante, en la fase de establecimiento de prioridades, dicho hallazgo servirá para diseñar un plan a fin de establecer mecanismos para recopilar los datos que falten.

En concreto, en la evaluación de las necesidades debe examinarse lo siguiente:

- los principales problemas y desafíos en materia de salud y bienestar que afectan a la población adolescente;
- los comportamientos de la población adolescente que se relacionan más estrechamente con dichos problemas de salud y bienestar;
- los comportamientos que podrían provocar problemas de salud y bienestar (p. ej., factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la inactividad física y la mala alimentación);

Estudio de caso 4.1

Asignación de prioridades para la salud de la población adolescente en Barbados



© UNICEF/UN0365906/Marshal

Cuando la OMS publicó la *Guía AA-HA!* en el 2017, Barbados tomó medidas inmediatas para ser uno de los pioneros en adoptarla. Fue el primer país del Caribe en aplicar este enfoque para elaborar una estrategia nacional integral de salud adolescente que respondiera a las necesidades de su juventud.

Barbados aplicó la orientación contenida en la *Guía AA-HA!* a su propio contexto. El doctor Kenneth George, Director General de Salud, declaró: "Reconocemos que las soluciones para la salud adolescente no pueden impulsarse solo mediante la atención de salud y que implicarán a varios organismos, entre ellos los de juventud y deporte, educación, bienestar, aplicación de la ley además, por supuesto, de la inestimable contribución de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil".

El Ministerio de Salud de Barbados, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), logró la participación de los Ministerios de Educación, de Juventud y Deporte, de Justicia y del Interior, así como de la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto con organizaciones de la sociedad civil, en un esfuerzo multisectorial para determinar exactamente quién debe asumir cada responsabilidad tendiente a mejorar la salud y el bienestar de la población adolescente de la isla.

Con el enfoque de la *Guía AA-HA!* se eligieron seis áreas prioritarias para la estrategia de salud adolescente: desarrollo positivo; violencia, accidentes y traumatismos; salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles; y salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y lesiones autoinfligidas.

"Necesitábamos algo que respondiera a los cambios demográficos de Barbados, a las crisis económicas, a la globalización, a los cambios medioambientales y a la introducción constante de nuevas tecnologías de la comunicación", señaló el doctor George.

La estrategia decenal resultante se dirige a la población adolescente de mayor riesgo y propone las siguientes medidas:

- proporcionar información estratégica e innovación;
- crear entornos favorables y elaborar políticas basadas en la evidencia;
- construir sistemas y servicios de salud integrados e integrales;
- fortalecer la capacidad de los recursos humanos;
- determinar las intervenciones que se aplicarán en la familia, la comunidad y la escuela;
- impulsar las alianzas estratégicas y la colaboración con otros sectores;
- y ampliar la comunicación social y la participación de los medios de difusión.

- la frecuencia de prácticas nocivas que afectan a la población adolescente (como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina);
- el contexto sociocultural de la vida de la población adolescente, incluidos los factores de protección y de riesgo en diversos niveles del marco ecológico (p. ej., la exposición ambiental) y en diferentes instituciones (p. ej., escuelas, servicios sanitarios y empleadores) que pueden influir en las cuestiones mencionadas;
- la influencia de las normas, los roles y las relaciones de género en la salud y el bienestar de los hombres y las mujeres durante la adolescencia *(105)*;
- los subgrupos de adolescentes que pueden necesitar más los servicios y programas; y
- las partes interesadas y las fuentes de datos que puedan aportar más información sobre las carencias y a los que es necesario acceder para completar la evaluación de las necesidades.

¿Cuáles son las fuentes de datos para una evaluación de las necesidades?

En el recuadro 4.3 se describen los principales métodos y fuentes de datos para una evaluación de las necesidades.

Entre las partes interesadas clave se encuentran adolescentes y adultos jóvenes, sus padres, madres y familias, miembros de la comunidad, líderes religiosos, representantes de gobierno (de diversos sectores, como los de la salud, la educación y la protección social), instituciones nacionales de derechos humanos, ONG y representantes de la sociedad civil, organismos técnicos de las Naciones Unidas, así como organizaciones bilaterales y organizaciones donantes. La evaluación de las necesidades debe establecer una comprensión clara de los motivos de preocupación y las tendencias más importantes en materia de salud, incluso cuando no sea posible comparar y clasificar directamente las tasas de las distintas afecciones (p. ej., las tasas de mortalidad y morbilidad por traumatismos causados por el tránsito en comparación con la prevalencia de la infección por el VIH o las tasas de fecundidad en adolescentes). En el estudio de caso 4.1 se analiza la asignación de prioridades en Barbados.

Recuadro 4.3. Métodos y fuentes de datos para una evaluación de las necesidades

- Examen documental de las fuentes de datos: por ejemplo, el sistema de gestión de la información de salud, incluidos los datos de los sistemas de registro gestionados en los establecimientos, los informes resumidos de los sistemas de registro de pacientes individuales, los sistemas de registro a nivel comunitario y las evaluaciones de los establecimientos de salud; los datos del Observatorio Mundial de la Salud; y datos de las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, la encuesta mundial sobre salud estudiantil realizada en las escuelas, la iniciativa de la encuesta mundial sobre la salud mental y la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes; registros nacionales de vigilancia de enfermedades; estadísticas demográficas nacionales; registros escolares; informes de los principales ministerios que atienden a la población adolescente; informes de estudios de investigación y hallazgos de proyectos que trabajan con grupos vulnerables o en entornos frágiles.
- Examen documental de las estimaciones nacionales, regionales y mundiales, por ejemplo, de las estimaciones de salud mundial de la OMS *(439)*, del estudio de carga mundial de enfermedad *(440, 441)* o de los informes sobre la situación mundial *(275)*. Las estimaciones son especialmente útiles en los países donde los sistemas de registro civil y estadísticas demográficas son deficientes y los datos necesarios no están fácilmente disponibles. El banco de información de la OMS sobre la salud y el bienestar adolescentes incluye una base de datos y recursos relacionados con las estadísticas en áreas clave de la salud *(442)* que pueden utilizarse para la extrapolación a falta de datos nacionales fiables.
- Examen documental de investigaciones, como estudios nacionales y subnacionales, artículos arbitrados y otras evaluaciones de los países.
- Examen de documentos de política (como datos de las evaluaciones de proyectos).
- Entrevistas con las principales partes interesadas del sector de la salud y de otros sectores y organismos de las Naciones Unidas (ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, OMS, ONU-Mujeres).
- Debates en grupos de opinión con adolescentes y jóvenes.
- Lo ideal es presentar los datos desglosados por grupos etarios (10-14 años y 15-19 años) y sexo, así como por ubicación geográfica, para facilitar las comparaciones.

4.2 Análisis del panorama

¿Qué es el análisis del panorama?

En el análisis del panorama se examina en qué medida los problemas reconocidos durante la evaluación de las necesidades se abordan en los planes, políticas y servicios nacionales.

¿Qué tipo de datos deben examinarse durante el análisis del panorama?

A fin de reconocer las deficiencias en la respuesta nacional, el análisis del panorama ofrece una visión general de las leyes y políticas nacionales, los planes y estrategias, las partes interesadas, la ejecución de los programas, el financiamiento y las intervenciones actuales basadas en la evidencia (véanse el recuadro 4.4 y los estudios de caso 4.2, de Paraguay, y 4.3, de Tailandia).

Al igual que la evaluación de las necesidades, el análisis del panorama debe determinar explícitamente cualquier diferencia debida al género a la hora de acceder a los servicios y el motivo de esta. (Véanse en el recuadro 4.2 las preguntas para el análisis de género como parte de la evaluación de las necesidades y el análisis del panorama).

Recuadro 4.4. Lista de verificación para el análisis del panorama

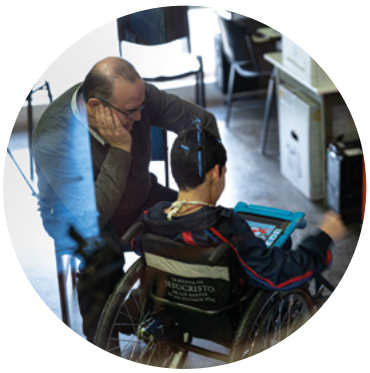
- ¿Los problemas reconocidos en el paso 1 (evaluación de las necesidades) se abordan de manera suficiente en los planes y políticas nacionales? ¿En qué medida el plan nacional de salud integra las necesidades y preocupaciones de la población adolescente en sus objetivos y programación?
- ¿Hay leyes o políticas específicas que puedan obstaculizar el acceso de la población adolescente a los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las intervenciones y programas ya establecidos? ¿Responden dichos programas a los determinantes sociales, económicos y de otro tipo de la salud y el bienestar adolescentes en todos los dominios del bienestar?
- ¿Qué carencias hay en la prestación de programas y servicios?
- ¿Qué partes interesadas y organizaciones participan en planificar, gestionar, ejecutar y realizar el seguimiento y la evaluación de estas actividades a nivel nacional y subnacional?
- ¿Cuáles son la escala, el alcance, la calidad, la cobertura y la evidencia a nivel del impacto de los programas de salud y bienestar adolescentes que hay en el país?
- ¿Qué sistemas se han establecido para respaldar la creación de capacidad, la supervisión de apoyo, la coordinación y otras funciones de planificación y gestión?
- ¿De qué manera se adaptan las intervenciones en los sectores pertinentes para llegar a grupos particulares de adolescentes según su edad, sexo, ubicación, nivel educativo y otras variables sociodemográficas?
- ¿Qué nivel de financiamiento tienen los programas disponibles y cómo se asignan los fondos? ¿Las actividades que actualmente cuentan con financiamiento se ajustan a las prácticas basadas en la evidencia que se recomiendan en la Guía AA-HA (véase el capítulo 3)?
- ¿Participa la población joven en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de los programas? ¿Los grupos marginados, como las personas con discapacidad, las que trabajan en la calle, los menores huérfanos y otros grupos vulnerables en contextos de crisis humanitarias, tienen las mismas oportunidades de participar?
- ¿Qué obstáculos en materia de oferta y demanda enfrenta la población adolescente en lo referente al acceso a servicios de buena calidad, y con qué clase de protección financiera cuenta?
- ¿Cuáles son las deficiencias (como las intervenciones recomendadas o las necesidades reconocidas que no se reflejan en las respuestas nacionales o subnacionales)?
- ¿Quiénes son las partes interesadas?
- ¿Qué fuentes de datos pueden aportar más información sobre las deficiencias detectadas y, por lo tanto, deben explorarse para completar el análisis del panorama?

Recuadro 4.5. Métodos y fuentes de datos para el análisis del panorama

- Examen documental de las intervenciones, los programas, la legislación, las políticas y los proyectos existentes que abordan la salud y el bienestar adolescentes, así como de sus resultados y de su conformidad con la evidencia respecto a lo que sí funciona. Debe prestarse especial atención a lo que están haciendo el gobierno, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil para abordar las desigualdades y responder a los determinantes sociales, económicos y de otro tipo de los problemas de salud de la población adolescente.
- Examen documental para determinar las fuentes de datos disponibles (p. ej., ¿hay mecanismos regulares e institucionalizados para recopilar datos desglosados por edad y sexo sobre la salud, el bienestar y los factores de riesgo y de protección de la población adolescente?)
- Examen documental de investigaciones, como estudios nacionales y subnacionales, artículos revisados por pares y otras evaluaciones de los países.
- Examen de los documentos de los programas (p. ej., datos de las evaluaciones de los proyectos).
- Visitas sobre el terreno y entrevistas con las principales partes interesadas para explorar los desafíos y logros de los programas en curso; las percepciones sobre las necesidades y los servicios; y la capacidad y el interés en ampliar el trabajo relativo a la salud y el bienestar adolescentes en el sector de la salud y en otros sectores.
- Debates en grupos de opinión de adolescentes y jóvenes, incluidos grupos marginados como las personas con discapacidad, las que trabajan en la calle, los menores huérfanos y otros grupos vulnerables en contextos de crisis humanitarias, para valorar la equidad de la respuesta.

Estudio de caso 4.2

Análisis del panorama en Paraguay



© UNICEF/UN0425672/Sokol

Paraguay ha logrado avances notables en la promoción de los servicios de salud y educación para la población adolescente en todo el país. Sin embargo, a pesar de contar con bases sólidas para ejecutar las políticas de salud escolar, sigue habiendo importantes lagunas estructurales que dificultan la puesta en marcha de programas de salud para adolescentes y jóvenes.

En apoyo de la iniciativa para hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud, la OMS y la UNESCO han elaborado una serie de pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud *(443)*. La iniciativa pretende brindar a los sistemas educativos un recurso para fomentar la salud y el bienestar mediante una gobernanza más sólida, sobre la base de ocho pautas mundiales. Estas abordan las políticas y los recursos gubernamentales, las políticas y los recursos de la escuela, la gobernanza y el liderazgo de la escuela, las asociaciones entre la escuela y la comunidad, el plan de estudios en la escuela, el entorno socioemocional de la escuela, el entorno físico de la escuela y los servicios de salud escolar.

En Paraguay, a fin de aplicar las pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud, la OMS y la UNESCO, en colaboración con el Ministerio de Educación, llevaron a cabo un análisis del panorama a nivel nacional y local en el cual participaron las partes interesadas, entre ellas instituciones públicas, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil y representantes de las comunidades donde están ubicadas las escuelas. La finalidad del análisis del panorama era reconocer los puntos fuertes y débiles de las estrategias de promoción de la salud en las escuelas. Se recopilaron datos cualitativos y cuantitativos relacionados con cada una de las ocho pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud.

Entre las recomendaciones fundamentales del análisis del panorama cabe citar la necesidad de claridad en las directrices; un compromiso firme del liderazgo; el aumento y la gestión de los recursos para programas integrales de salud escolar; el establecimiento de medios eficaces de colaboración multisectorial e intersectorial; y el fortalecimiento de la promoción de la salud en los entornos educativos mediante la provisión de recursos humanos adecuados y competentes y de intervenciones sostenibles. Al realizar un análisis del panorama, Paraguay se posicionó para establecer prioridades de salud escolar específicas para los contextos nacional y local, al tiempo que consideraba los sistemas existentes que podían aprovecharse y los sistemas que debían introducirse, desarrollarse o apoyarse a fin de que todas las escuelas se conviertan en escuelas promotoras de la salud.

Fuente: Oficina de la OMS en Paraguay.

¿Cuáles son las fuentes de datos para el análisis del panorama?

Los principales métodos y fuentes de datos para el análisis del panorama son muy similares a los de la evaluación de las necesidades, pero la información recopilada se centra en la respuesta a las necesidades de la población adolescente (recuadro 4.5).

4.3 Establecimiento de prioridades

Todos los gobiernos afrontan limitaciones de los recursos, por lo que deben tomar decisiones difíciles para que los recursos destinados a la salud y el bienestar adolescentes se usen de la manera más eficaz. Para este fin, es necesario un ejercicio de establecimiento de prioridades. El establecimiento de prioridades tiene en cuenta tanto las principales poblaciones de adolescentes y sus afecciones, reconocidas en la evaluación de las necesidades, como las intervenciones y los mecanismos para abordarlas que sean viables y estén basados en la evidencia, según se haya determinado en el análisis del panorama. Es necesario priorizar tanto los problemas como las intervenciones clave. Para el establecimiento de prioridades se requieren un enfoque sistemático, criterios transparentes *(40)* (cuadro 4.1) y una participación y contribuciones significativas por parte de la población adolescente. Hay que consultar a todas las partes interesadas (véase el estudio de caso 4.4, de Sudán).

Estudio de caso 4.3

Evaluación rápida de la salud y el bienestar adolescentes en Tailandia



OMS/Blink Media/Amanda Mustard

En el 2019, como parte de la evaluación regional de la salud de la población adolescente, Tailandia realizó una evaluación rápida de la situación de la salud adolescente en el país y de la respuesta nacional. Aplicando el enfoque sistemático recomendado en la *Guía AA-HA!*, el equipo del país examinó las necesidades en materia de salud, la estrategia, las políticas y los recursos para la ejecución de los programas de salud adolescente y los mecanismos de coordinación.

La evaluación permitió al equipo del país detectar las carencias estructurales y programáticas. Entre ellas figuran los problemas relacionados con el acceso (p. ej., la falta de respaldo para los consultorios adaptados a la población joven); una infraestructura de datos inadecuada para realizar el seguimiento y la evaluación de los programas de salud adolescente; y la falta de apoyo y recursos suficientes para los grupos de adolescentes. También necesitaban mejoras las intervenciones programáticas, como la prevención de la infección por el VIH en las poblaciones jóvenes de mayor riesgo y la promoción de comportamientos que prevengan la aparición de enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Por ejemplo, en la evaluación se destacó la necesidad de que Tailandia siga reforzando la aplicación de la estrategia nacional de prevención del embarazo adolescente mediante un "auténtico enfoque integrador", con una integración presupuestaria realista. Asimismo, el análisis reveló la necesidad de reforzar la infraestructura en materia de datos e investigación, al ampliar la base de conocimientos y la investigación sobre la adolescencia y vincular las bases de datos de ministerios y organismos. Esta evaluación permite a los ministerios y departamentos tailandeses plantear estrategias claras para poner en marcha programas e iniciativas de salud escolar, como la educación sexual, utilizando los canales, mensajes y grupos destinatarios adecuados.

Fuente: OMS, 2021 *(444)*.

Cuadro 4.1. Criterios de orientación para determinar las prioridades nacionales de los programas de salud y bienestar adolescentes

Criterios	Explicación
Magnitud e importancia para la salud pública del problema abordado por la intervención	Los recursos deben dirigirse a las principales causas de muerte y enfermedad o de traumatismos pero, con un enfoque basado en el curso de vida, también deben ir más allá, a fin de abordar los comportamientos de riesgo y las exposiciones que podrían afectar la salud de la población adolescente ahora y en el futuro, y de reforzar el bienestar general (p. ej., la resiliencia y la conexión).
Equidad: ¿es probable que la intervención aborde las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad y los grupos desatendidos?	Toda la población adolescente tiene necesidades relacionadas con la salud y puede pasar por dificultades, pero no todos sus integrantes son igual de vulnerables ante los problemas sociales y de salud. Debe prestarse especial atención a las intervenciones que puedan abordar las necesidades de los grupos de adolescentes más vulnerables o que más las necesiten.
Disponibilidad de intervenciones eficaces	Los recursos escasos deben emplearse en aquellas intervenciones que ofrezcan las mayores probabilidades de eficacia para las subpoblaciones que más las necesiten. Todas las intervenciones del capítulo 3 están recomendadas por la OMS y se sabe que son eficaces, pero no todas abordarán el problema en el contexto específico de cada país con el mismo grado de impacto.
Viabilidad de las intervenciones	Las limitaciones sociales, económicas y culturales, incluida la falta de reconocimiento de los derechos de la población adolescente, pueden dificultar la ejecución de determinadas intervenciones. El establecimiento de prioridades debe basarse en un análisis cuidadoso y pragmático de la viabilidad de aplicar cada intervención a escala en el contexto del país. La aceptabilidad de la intervención por parte de las comunidades y el apoyo político a la misma son consideraciones importantes a la hora de seleccionar las intervenciones.
Posibilidad de ampliar las intervenciones	Se requiere una evaluación realista para determinar qué capacidad se necesitaría para ampliar cada intervención con buena calidad y cobertura. Un firme sentido de responsabilidad por parte del gobierno y la comunidad, así como la voluntad política, ayudarán a impulsar la ampliación (véase el estudio de caso 4.5, de Jamaica). Los ejercicios de determinación de costos pueden servir de base para conocer las necesidades generales de recursos y cómo pueden ejecutarse los planes de una manera gradual.

El establecimiento de prioridades nacionales es necesario incluso cuando no sea posible comparar y clasificar directamente las tasas de las distintas afecciones y cuando la evidencia sobre la eficacia de los programas locales sea limitada. En muchos casos, este proceso de asignación de prioridades depende en gran medida de la opinión de los expertos, basada en la evidencia pertinente a nivel mundial (véase el estudio de caso 4.4, de Sudán).

4.4 Otras consideraciones

Con el tiempo, es importante que los países reexaminen el proceso de tres pasos (evaluación de las necesidades, análisis del panorama y establecimiento de prioridades) para asegurarse de que están satisfaciendo las necesidades cambiantes de salud y bienestar adolescentes. Deben tenerse en cuenta las tendencias en el ámbito de la salud y las novedades en la prestación de servicios, el desarrollo económico, el empleo, la migración, la urbanización, los conflictos, la degradación medioambiental y la innovación tecnológica. Por ejemplo, en un análisis actualizado del panorama puede determinarse que hay nuevos recursos que no se están aprovechando al máximo, como el avance de la infraestructura de telecomunicaciones en los entornos rurales, la cual podría utilizarse para la telemedicina o para poner en marcha intervenciones relacionadas con la eSalud (salud digital) y la salud móvil.

Además, puede haber momentos, como en caso de una crisis humanitaria, en los que un país o una región necesiten urgentemente establecer prioridades centradas en la salud y el bienestar adolescentes. En el recuadro 4.6 se describe cómo podría realizarse un análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente en entornos frágiles o de crisis humanitarias.

Recuadro 4.6. Análisis de la situación de salud sexual y reproductiva de la población adolescente en entornos frágiles o de crisis humanitarias

En los entornos frágiles o de crisis humanitarias, es importante realizar rápidamente una evaluación de las necesidades y un análisis del panorama para elaborar un plan que responda a las necesidades prioritarias de los adolescentes de ambos sexos*al y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios*, un esfuerzo conjunto de Save the Children y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) *(448)*, proporciona los instrumentos para la evaluación inicial rápida, el análisis de la situación y las encuestas exhaustivas sobre salud sexual y reproductiva de la población adolescente en situaciones de emergencia. En concreto, se recomienda lo siguiente:

- Durante las primeras 72 horas de una emergencia debe realizarse una **evaluación inicial rápida** que sirva para recopilar información demográfica y definir las necesidades vitales que deben atenderse con urgencia.
- Un **análisis de la situación,** realizado una vez que la emergencia se haya estabilizado, brindará información acerca del estado básico de las necesidades y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y ayudará a priorizar las intervenciones cuando se introduzcan los servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En los análisis de la situación se pueden usar varios métodos para recopilar la información, como los datos secundarios, las entrevistas exhaustivas, los debates en grupos de opinión (separados por sexo, si es necesario por cuestiones culturales), el mapeo de la comunidad y las evaluaciones de los establecimientos de salud.

En las situaciones de emergencia por lo general no se realizan evaluaciones integrales de la salud sexual y reproductiva, porque requieren mucho tiempo y pueden suponer una carga adicional para los valiosos recursos humanos y logísticos. Sin embargo, una vez que se estabilice la fase aguda de la emergencia, la evaluación integral sobre conocimientos, creencias y comportamientos relativos a la salud sexual y reproductiva puede brindar información útil que ayudará a elaborar un programa que responda a las necesidades de la población local específicas por género.

Si bien estas evaluaciones y análisis son valiosos en una crisis humanitaria, es importante recordar que el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Sexual y Reproductiva, tal como se recomienda en el *Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios (295)*, debe ser la primera intervención en la materia que se lleve a cabo y nunca debe retrasarse.

Fuente: Singh *et al.*, 2021 *(287)*.

Estudio de caso 4.4

Sudán toma medidas para mejorar la salud y el bienestar de la juventud



© OMS/G. Ritlewski

La población adolescente de Sudán representa aproximadamente una cuarta parte de sus habitantes y, sin embargo, no se sabe mucho sobre sus diversas necesidades de salud. Aunque el país cuenta con un plan nacional de salud, hasta ahora no ha incluido a esta población, a pesar de que constituye una parte considerable de los grupos que tienen malos resultados en materia de salud y bienestar. Consciente de la urgencia de abordar el problema, la Dirección de Salud Maternoinfantil del Ministerio Técnico de Salud aplicó la orientación de la *Guía AA-HA!* para movilizar a las partes interesadas a fin de que colaboraran en la mejora y ejecución de la estrategia nacional de salud y bienestar adolescentes. Mediante un proceso basado en la evidencia que se describe en la *Guía AA-HA!*, Sudán logró la participación de varios ministerios gubernamentales, organismos de la ONU y organizaciones clave de la sociedad civil para llevar a cabo una evaluación de las necesidades, la cual puso de relieve las graves deficiencias de salud de la población adolescente. Para el proceso de evaluación de las necesidades fue fundamental la participación de grupos de jóvenes en diversos temas destacados de salud y bienestar. Dicha participación logró que sus necesidades se comprendieran bien y se consideraran en la estrategia nacional.

En vista de la falta de datos sobre indicadores e intervenciones nacionales específicos, la lista de intervenciones basadas en la evidencia de la *Guía AA-HA!* ayudó al Ministerio de Salud y a las partes interesadas a seleccionar las intervenciones nacionales prioritarias pertinentes para el país. Se trata de la primera estrategia nacional para la población adolescente, y su finalidad es crear un entorno seguro y favorable que ofrezca protección y oportunidades para un desarrollo saludable, así como proporcionar a esta población la información y los conocimientos sobre salud que tanto necesita. Al emplear el enfoque basado en evidencia de la *Guía AA-HA!*, Sudán se ha posicionado para proteger mejor a su juventud, al igual que la salud y el bienestar de las generaciones futuras.

Fuente: OMS, 2019 *(445)*.

Estudio de caso 4.5

Ampliación de la programación sobre salud sexual y reproductiva en Jamaica



© UNICEF/UNI42223/Noorani

Jamaica ha logrado grandes avances desde los años setenta para alcanzar y mantener tasas bajas de embarazo adolescente y ofrecer un mejor apoyo a las adolescentes embarazadas. La tasa de fecundidad adolescente en Jamaica descendió de 157 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 1970 a 33 por cada 1.000 en el 2020 *(446)*. Esta reducción se ha mantenido durante casi cuatro décadas. Parte del éxito puede atribuirse a soluciones e intervenciones innovadoras para retrasar el embarazo y apoyar a las embarazadas y madres adolescentes.

Una de tales soluciones fue el Programa para Madres Adolescentes (PAM, por su sigla en inglés) que puso en marcha la Fundación Women's Centre of Jamaica como una iniciativa a pequeña escala. El programa ofrecía varias intervenciones, principalmente diseñadas para alentar a las adolescentes embarazadas a regresar a la escuela después de dar a luz, y reforzar sus conocimientos, actitudes y habilidades (p. ej., la confianza en sí mismas y la asertividad), así como para proporcionarles educación sexual para evitar embarazos recurrentes. El programa fue una primicia en Jamaica y, con el financiamiento inicial de ONG internacionales y el apoyo en especie del gobierno, el programa piloto se puso en marcha con éxito en dos centros de Kingston y Mandeville. El proyecto piloto demostró que el 73% de las muchachas inscritas estaban matriculadas en un centro de educación secundaria o profesional, y que más del 90% habían elegido algún método anticonceptivo.

Estos resultados prometedores hicieron que el programa recibiera financiamiento del gobierno y de otros asociados para una ampliación efectiva a nivel nacional. Para el 2018, el PAM ya contaba con 10 establecimientos y 8 centros de extensión en 14 parroquias de Jamaica. El PAM pudo ampliarse tanto de manera vertical como transversal gracias a varios factores, a saber, un entorno político favorable, el compromiso político, la claridad sobre los conjuntos de servicios del programa y la pertinencia para sus beneficiarias. Contar con una estrategia de financiamiento clara y un flujo de recursos que incluyera fuentes gubernamentales y no gubernamentales también contribuyó al éxito de la ampliación.

Fuente: Amo-Adjei *et al.*, 2023 *(447)*.

Capítulo 5. Programación: traducir las prioridades en acciones y planes

5.1 Un marco lógico para convertir las prioridades en planes y programas 114

5.2 Planificación de la acción multisectorial 118

5.2.1 Dos vías para la programación para el bienestar adolescente 118

5.2.2 Enfoques de la acción multisectorial 119

5.2.3 Crear liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales 122

5.2.4 Garantizar la participación significativa de adolescentes y jóvenes 123

5.2.5 Asegurar el financiamiento para los programas de bienestar adolescente 131

5.2.6 Atención renovada a los programas de salud escolar y de salud mental 138

5.2.7 Abordar la salud y el bienestar adolescentes en los entornos frágiles o de crisis humanitarias 142

5.2.8 Enfoques programáticos transformadores en materia de género 145

5.3 Áreas y estrategias de ejecución en sectores clave 147

5.3.1 Salud 147

5.3.2 Educación 167

5.3.3 Protección social 172

5.3.4 Sistema de justicia penal 173

5.3.5 Trabajo 177

5.3.6 Telecomunicaciones 179

5.3.7 Vías y transporte 182

5.3.8 Planificación urbana, de viviendas y de parques industriales 184

5.3.9 Energía 186

5.3.10 Medio ambiente 188


© OMS/Amrita Chandradas

Capítulo 5. Programación: traducir las prioridades en acciones y planes

Mensajes clave

- Los beneficios más trascendentes para el bienestar adolescente son el resultado de la acción multisectorial. Los países deben invertir en programas intersectoriales para la salud y el bienestar adolescentes, a fin de aprovechar el efecto amplificador de la acción conjunta. Paralelamente, la acción de cada sector particular hará que la atención a las necesidades de la población adolescente sea normativa en todos los sectores, el llamado enfoque del bienestar de la población adolescente en todas las políticas *(3)*.
- La evidencia es clara: las inversiones más inteligentes son las inversiones coordinadas en la salud y la educación que se refuerzan mutuamente. Los programas de salud escolar se encuentran entre los programas de salud pública más comunes. Son viables en todos los entornos, generan importantes beneficios en materia de capital humano y son costo-eficaces. Para hacer realidad el potencial de cada estudiante y de cada escuela es necesario pasar a los sistemas educativos que promuevan la salud y que adopten como misión fundamental mejorar la salud y el bienestar de la población estudiantil. Las pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud, de la OMS y la UNESCO, proporcionan un marco para que los países adopten este enfoque más holístico y sistémico de la salud escolar en todos los niveles del sistema educativo.
- Los sistemas de salud que responden a las necesidades de la población adolescente son fundamentales para lograr la cobertura universal de salud. Para garantizar una atención explícita, continua y centrada en los temas de salud y bienestar de la adolescencia en el sector de la salud, los países pueden considerar designar un punto focal específico dentro del ministerio de salud, con la responsabilidad de promover la salud adolescente en el propio ministerio, coordinar la atención sistemática de las necesidades de esta población en todos los programas de salud y actuar como enlace para la acción intersectorial.
- Los países deben velar por que se contemplen las expectativas y los puntos de vista de la población adolescente en los procesos programáticos nacionales. Es preciso institucionalizar y apoyar activamente el liderazgo y la participación de la población adolescente en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas dirigidos a su salud y bienestar.
- La población adolescente es un grupo muy diverso, con necesidades variadas. El principio de “no dejar a nadie atrás” debe ser fundamental en la programación dirigida a la salud adolescente. El interés en la equidad, con la debida atención a la edad, el sexo, la discapacidad y, en particular, la vulnerabilidad, debe fundamentar todas las etapas de la programación, desde el establecimiento de metas y objetivos, pasando por la planificación de intervenciones, servicios y actividades, hasta la definición de los indicadores y el seguimiento del progreso y los logros.
- A fin de garantizar la sostenibilidad, la responsabilidad de financiar los programas dirigidos a la salud y el bienestar adolescentes debe transferirse a los recursos del país, lo que incluye centrar la atención de las estrategias sectoriales, los planes de inversión y los presupuestos nacionales en la adolescencia. A fin de aprovechar los recursos nacionales para el bienestar en la adolescencia se necesitará una mejor promoción de la causa, basada en argumentos a favor de la inversión dirigida a las prioridades de salud de la población adolescente en el contexto de los planes y presupuestos sectoriales. Las opciones de financiamiento externo, como las solicitudes al Mecanismo Mundial de Financiamiento para las Mujeres, los Niños y los Adolescentes y al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), brindan más oportunidades para aumentar el financiamiento.

Panorama del capítulo

En este capítulo se describen las áreas y estrategias de ejecución para alcanzar los objetivos generales de mejorar la salud y el bienestar adolescentes y la equidad en los resultados de salud. Al principio del capítulo se mencionan los elementos comunes de la programación dirigida a la salud y el bienestar adolescentes, que se resumen en el marco lógico (sección 5.1). A continuación, se presenta una visión general de cómo diseñar un programa, teniendo en cuenta las posibles vías (sección 5.2.1) y las diversas formas de colaboración entre sectores (sección 5.2.2). En la sección 5.2.7 se describen los aspectos específicos de la programación para la salud y el bienestar adolescentes en los entornos frágiles o de crisis humanitarias, y en la sección 5.2.8, los enfoques transformadores en materia de género. A continuación, en la sección 5.3 se describe lo que hay que hacer, abordando las áreas y estrategias de ejecución en cada uno de los sectores clave. A lo largo del capítulo se ofrecen ejemplos prácticos de programas ejecutados en diversos países.

Debido a sus semejanzas, hay cierto solapamiento entre las áreas y estrategias de ejecución descritas en este capítulo y algunas de las intervenciones institucionales, estructurales y a nivel macro que se describen en el capítulo 3. Para comodidad del lector, cuando haya tal solapamiento, se mencionan las áreas y estrategias de ejecución junto con otras prioridades de programación, aunque también se haya mencionado como un área de intervención en el capítulo 3.

Novedades en este capítulo

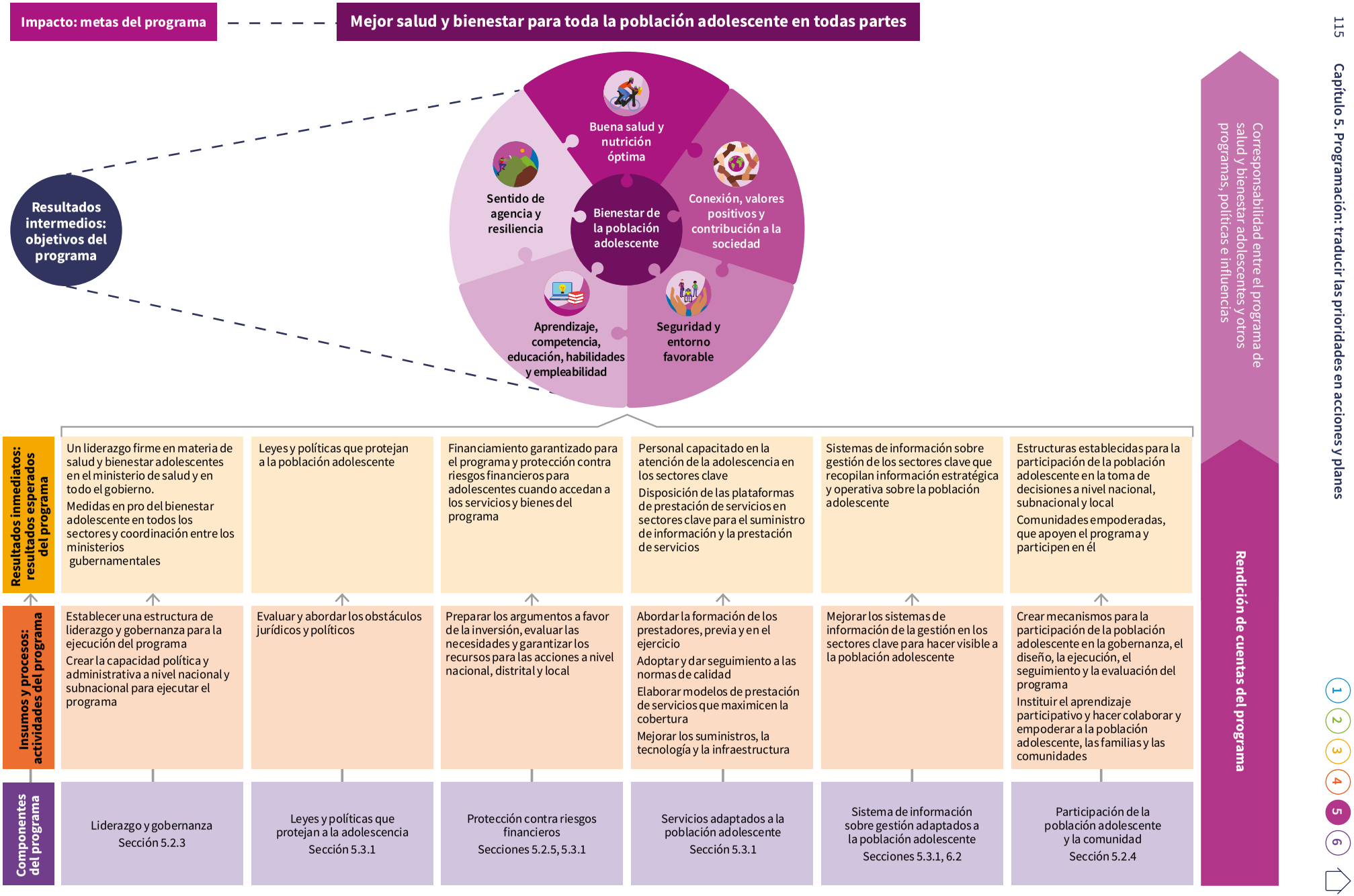
- un marco lógico para la programación revisado, que integra los dominios del bienestar;
- una mejor descripción de la complementariedad de los distintos enfoques de la programación dirigida a la salud y el bienestar adolescentes;
- nueva evidencia derivada del análisis mundial de los programas de salud escolar;
- estrategias clave de ejecución en el sector de la salud y en otros sectores, actualizadas en función de la orientación más reciente.

5.1 Un marco lógico para convertir las prioridades en planes y programas

Como se describe en los capítulos 2 y 3, el alcance de la programación para la salud y el bienestar adolescentes es amplio. Abarca la salud mental, las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y reproductiva, los traumatismos causados por el tránsito y la violencia, entre otros. Por lo tanto, es difícil contar con un plan genérico que contenga los elementos específicos para diseñar y ejecutar los programas para la salud y el bienestar adolescentes. Las diferencias en la capacidad de los países, así como en las prioridades y los contextos, influirán en la elección de determinadas intervenciones y actividades.

No obstante lo anterior, es posible un enfoque unificador. Toda la programación para la salud y el bienestar adolescentes contiene elementos comunes, tal como se describe en el marco lógico (figura 5.1). El marco lógico proporciona un enfoque formalizado para la planificación, la programación y la evaluación de los programas, y sirve como una lista de verificación útil de los elementos programáticos que deben tenerse en cuenta al planificar una respuesta sistémica para la salud y el bienestar adolescentes *(449)*. También expone los vínculos entre las metas, los objetivos, las intervenciones clave, las estrategias de ejecución y las actividades de los programas. En particular, este marco es aplicable no solo a los programas que dirige o ejecuta sobre todo el sector de la salud, sino también a los que llevan a cabo primordialmente otros sectores. Con la renovada atención al bienestar adolescente, definido en función de cinco dominios interrelacionados *(31)* (véase la figura 1.1), el marco lógico revisado concede la misma importancia a cada uno de estos cinco dominios e integra medidas a nivel de resultados intermedios para cada uno de ellos.

Figura 5.1. Un marco lógico para la programación nacional en materia de salud y bienestar adolescentes



Los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto de los programas siempre guardarán relación con uno u otro dominio del bienestar, pero lo que constituye un impacto en determinado programa puede ser un resultado intermedio en otro, o un resultado inmediato en un programa puede ser un resultado intermedio en otro.

Por ejemplo, en el caso de un programa cuya intención principal sea empoderar a las muchachas, el sentido de agencia que adquieran será un impacto. Sin embargo, en el caso de un programa de salud escolar, el sentido de agencia de las muchachas será un resultado intermedio necesario para alcanzar el objetivo principal (figura 5.2).

Figura 5.2. Ejemplo de la relación entre los elementos de un programa en función del tipo de programa

	Programa de empoderamiento de las jóvenes	Programa de salud escolar
		Impacto Toda la población estudiantil goza del máximo nivel posible de salud y bienestar
Dominio: agencia y resiliencia	**Impacto** Las jóvenes pueden decidir si se casan, cuándo y con quién	**Resultados intermedios** Adolescentes empoderados para alcanzar sus objetivos de salud
	Resultados intermedios Las jóvenes conocen sus derechos Las muchachas tienen acceso a los servicios de salud y educativos que necesitan **Resultados inmediatos** Mayor acceso de las jóvenes a una educación segura y de calidad, tanto formal como informal Las leyes nacionales reflejan los derechos humanos Mayor uso de los medios de comunicación para acabar con el matrimonio infantil **Insumos** Capacitación de docentes y trabajadores de salud	**Resultados inmediatos** Actividades de promoción de la salud finalizadas **Insumos** Acceso a actividades de promoción de la salud de calidad Prestación de servicios de salud integrales en las escuelas Entorno seguro y saludable en la escuela y en las comunidades



© Palash Khatri

En la programación, tener una visión holística de las repercusiones en todos los dominios del bienestar no solo es importante sino, en muchos casos, indispensable. Aun en el caso de los programas que se centran principalmente en los resultados en materia de salud, deben considerarse enfoques que promuevan otras dimensiones del bienestar, como la conexión, la educación y la empleabilidad *(7)*.
Un ejemplo útil es la nutrición. Para abordar los principales impulsores de la mala nutrición en la adolescencia, el diseño de los programas debe tener en cuenta la interconexión de los factores de riesgo de mala nutrición y de protección contra ella en varios dominios del bienestar. Dichos factores incluyen las políticas a nivel macro (p. ej., las estrategias de reducción de la pobreza y las medidas de protección social); la educación (p. ej., conocimientos básicos sobre salud y nutrición, valores compartidos e interacción social en torno a la comida); las habilidades para la vida (p. ej., la toma de decisiones para un modo de vida saludable y la capacidad para evaluar críticamente el contenido en línea); la capacidad de agencia y la resiliencia (p. ej., el empoderamiento para cuestionar los prejuicios de género y oponerse a las prácticas discriminatorias); y los entornos alimentarios seguros y favorables (p. ej., regulación de la comercialización, seguridad alimentaria, administración de suplementos de micronutrientes y mecanismos de protección social para garantizar la seguridad alimentaria) *(9)*.

Otro ejemplo es la programación dirigida a la educación sexual, que exige ver más allá de la mortalidad, la morbilidad y los riesgos (p. ej., reducir el riesgo de embarazo o de infecciones de transmisión sexual) para plantear un enfoque más amplio que aborde los principales aspectos subyacentes, de comportamiento y cognitivos, como la confianza de la población joven en sí misma, su autoexpresión, ciudadanía, sexualidad y aspiraciones, así como la capacidad para pensar de forma crítica y tomar decisiones fundamentadas *(450)*.
El estudio de caso 5.1 de Zambia ilustra un enfoque de la educación sexual basado en los derechos y con perspectiva de género.

La programación para el bienestar implica prestar atención a todos los dominios. En las consultas regionales para el bienestar adolescente, los Estados Miembros acordaron que el bienestar adolescente debería incluirse como una de las principales áreas y estrategias de ejecución en los planes nacionales y subnacionales, con un enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad *(7)*.

Estudio de caso 5.1

Programa de educación sexual integral en Zambia



© OMS/Blink Media. Gareth Bentley

En el 2016, en colaboración con la UNESCO, el gobierno de Zambia puso en marcha un programa nacional de educación sexual integral (ESI) dirigido a toda la población joven, incluidos los grupos de población con discapacidad o con infección por el VIH. El objetivo del programa era aumentar el acceso de la población joven (de 10 a 24 años) a una ESI adaptada a su edad. En última instancia, la finalidad era mejorar la salud de adolescentes y jóvenes al brindarles una educación sobre salud sexual y reproductiva más adecuada y oportuna. La ejecución del programa se basó en las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad,* elaboradas por la UNESCO y sus asociados *(103)*.

El gobierno de Zambia puso en marcha varias estrategias, entre ellas integrar la ESI en los planes de estudio de todas las escuelas públicas del 5.º al 12.º grado, capacitar al profesorado y proporcionarle material didáctico culturalmente apropiado y con perspectiva de género. La ejecución y la sostenibilidad del programa se garantizaron mediante la colaboración entre los sectores clave, incluidos los ministerios pertinentes, los gobiernos locales, los organismos de la ONU, las ONG y otros asociados. A fin de generar responsabilidad hacia el programa a nivel local, se capacitó a los inspectores escolares provinciales y se les asignó la tarea de supervisar la impartición y la calidad de la ESI en las escuelas.

Hasta la fecha, un enfoque cuidadoso y sistemático de la ejecución de la ESI, basado en la evidencia, adaptado a la edad y sostenible, ha dado resultados positivos en las escuelas que aplican el programa. En el 2015, el programa alcanzó un hito importante: la puesta en marcha de la ESI en todas las escuelas públicas previstas del país. Una evaluación del programa mediante la herramienta de examen y evaluación de la educación sexual *(451)* arrojó resultados positivos, con puntuaciones altas en muchos parámetros clave, como los objetivos, la cobertura, el modelo de programa, el análisis de las partes interesadas y el contenido.

Para el 2016, se había alcanzado casi el 77% del objetivo de cobertura del programa, que llegaba a más de 1,35 millones de estudiantes por medio de 38 521 docentes, capacitados en el servicio por 243 instructores.

Fuente: ONU-Mujeres, 2019 *(23)*.

5.2 Planificación de la acción multisectorial

5.2.1 Dos vías para la programación para el bienestar adolescente

Hay dos formas de convertir los objetivos nacionales en acciones y planes. La primera consiste en establecer un programa específico para adolescentes, lo que implica un conjunto coordinado e integral de estrategias, actividades y servicios de salud planificados y secuenciales, diseñados para alcanzar objetivos y metas bien definidos. Sin embargo, la respuesta de los sistemas sociales y de salud a las necesidades de salud y bienestar de la población adolescente a menudo se ve obstaculizada por la organización vertical de los proyectos, dirigida por varios actores, lo que complica la gestión *(11, 21)*. Estos proyectos no suelen contar con presupuestos ni supervisión nacionales. Institucionalizarlos y consolidarlos bajo un programa coherente, con un liderazgo central firme, un margen de decisión más amplio para los líderes de distrito, mecanismos de rendición de cuentas, una mayor gestión por parte de los líderes locales en lugar de los asociados externos y la participación sostenida de los actores comunitarios y de distrito, permitirá una mayor coherencia programática y pertinencia respecto a las necesidades locales *(11)*.

Un programa nacional puede establecerse dentro de un sector y ser dirigido por este, o puede ser intersectorial (véase la sección 5.2.2). Suele contar con coordinadores nacionales, subnacionales y locales, y tener asegurado el financiamiento para apoyar las actividades planificadas. La ventaja de esta forma de programación es que se garantizan la atención y el financiamiento, respaldados por la rendición de cuentas. No obstante, para la sostenibilidad del programa es importante que la fuente de financiamiento esté coordinada e integrada en el presupuesto general del sector de la salud, y que el programa no establezca acuerdos institucionales por separado que puedan dar lugar a solapamientos y duplicaciones ineficientes *(8)*. A la larga, los programas viables son aquellos que fortalecen las funciones centrales del sistema en lugar de crear estructuras nuevas.

La segunda forma de programación para la salud y el bienestar adolescentes, a falta de un programa específico, puede llevarse a cabo como parte de los ciclos de planificación estratégica y operativa del sector. Podría decirse que las acciones dentro de un mismo sector arrojan los mayores beneficios cuando ese sector se dedica a hacer bien su propia actividad principal. Por ejemplo, en el caso del sector educativo, mantener a las adolescentes en la escuela y proporcionarles una buena educación que permita su empoderamiento económico podría tener una repercusión mayor y más prolongada en la salud que las actividades para aumentar los conocimientos básicos sobre salud o la instalación de consultorios en las escuelas *(452)*. Esta forma de programar requiere que las personas responsables de la planificación estratégica y operativa sean sensibles a las necesidades de la población adolescente y sus soluciones específicas. Sin embargo, a menudo no es así, especialmente cuando hay poca experiencia en la aplicación de políticas y planes para la salud y el bienestar adolescentes. En tales casos, establecer un programa específico para adolescentes podría ser una mejor manera de mantener la atención centrada en el bienestar de esta población. Lo ideal sería que un programa de este tipo recibiera el apoyo de los sectores que lo consideren parte de su actividad principal *(452)*.

Para que las actividades se mantengan, es importante institucionalizar el programa (recuadro 5.1).

Recuadro 5.1. Características de un programa institucionalizado de salud y bienestar adolescentes

Un programa nacional de salud y bienestar en la adolescencia es un conjunto integral, planificado y ordenado de estrategias, actividades y servicios diseñados para alcanzar objetivos y metas bien definidos. (Los términos “proyecto”, “iniciativa” y “programa” suelen utilizarse indistintamente). Los proyectos e iniciativas a pequeña escala que tienen éxito pueden madurar hasta convertirse en programas nacionales institucionalizados *(447)*.

En la presente orientación nos centramos en los programas institucionalizados de salud y bienestar adolescentes. Sus características comunes son las siguientes:

- declaraciones en documentos de política que apoyan las medidas del programa;
- una partida dentro del presupuesto permanente de un departamento de salud o de educación;
- un lugar en el organigrama;
- personal permanente, asignado a funciones específicas del programa (p. ej., coordinadores nacionales, subnacionales y locales);
- descripciones de las funciones y los niveles de actividad;
- instalaciones y equipo para las operaciones del programa;
- una memoria institucional para los acuerdos y convenios importantes.

Independientemente de la vía, las actividades de programación solo pueden lograr resultados sostenibles si se toman medidas para fortalecer la respuesta sistémica, por ejemplo, creando sistemas de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente (véase la sección 5.3.1) o sistemas de educación promotores de la salud (véase la sección 5.3.2).

5.2.2 Enfoques de la acción multisectorial

Para abordar eficazmente la complejidad de los determinantes del bienestar adolescente, tanto de la salud como sociales, suele ser necesaria una acción multisectorial.

Cerca de la mitad de los avances logrados en la salud de las mujeres y la población infantil y adolescente se deben a inversiones realizadas fuera del sector de la salud *(4)*. En particular, estas inversiones incluyen medidas para reducir las desigualdades, fomentar la educación, mejorar la nutrición, aumentar la disponibilidad de agua y saneamiento, mejorar el acceso a la tecnología y crear entornos más saludables *(452)*. A menudo, el sector de la salud no tiene ni el mandato ni la competencia suficientes para abordar los determinantes más amplios de la salud y el bienestar adolescentes. En estos casos, la colaboración con otros sectores es indispensable *(453)*. Por lo anterior, las intervenciones fuera del sector de la salud deben considerarse fundamentales en las estrategias nacionales para la salud y el bienestar adolescentes *(452)*.

La acción multisectorial puede ser de dos tipos (figura 5.3). El primero son las medidas dentro de varios sectores individuales (p. ej., salud, educación, agua y saneamiento, medioambiente o nutrición), todas las cuales promueven la salud y el bienestar adolescentes. Este tipo de acción es apropiado cuando diferentes sectores son responsables, de manera total o casi total, de determinados problemas de salud o bienestar o de ciertos aspectos de dichos problemas. El empleo juvenil es un ejemplo de ello. El sector laboral es responsable de crear empleos, mientras que el sector de la salud se encarga de proteger la salud en el lugar de trabajo.

En la sección 5.3 se describen las áreas de ejecución y estrategias para la contribución de cada sector a la salud y el bienestar adolescentes. Según este enfoque, cada sector debe normalizar la atención a las necesidades específicas de la población adolescente en todos los aspectos de su labor. Si se ejecuta con fidelidad y desde la perspectiva del enfoque del bienestar adolescente en todas las políticas *(3)* (figura 5.3), a la larga redundará en políticas públicas sostenibles que respondan a las necesidades de esta población en sectores clave.

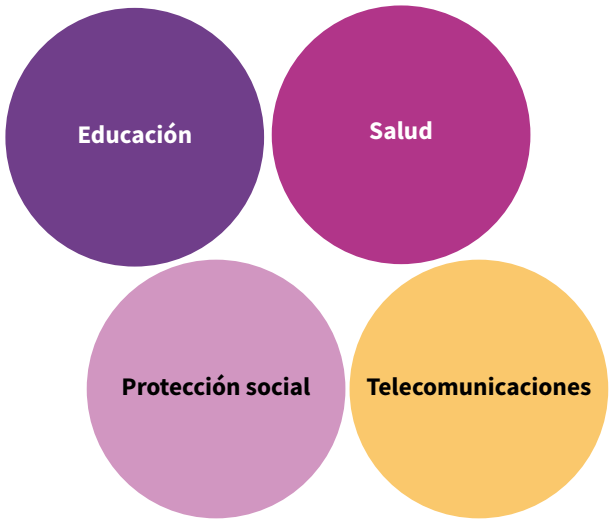
El segundo tipo es la acción intersectorial, es decir, una acción conjunta entre diversos sectores (p. ej., entre los sectores de la salud y la educación, o del medioambiente, el agua y el saneamiento). En algunas situaciones, sobre todo si los objetivos del programa abarcan varios dominios del bienestar, un enfoque intersectorial puede lograr resultados de una manera más eficaz, eficiente o sostenible de lo que podría lograr el sector de la salud por sí solo *(453, 454)*. En la acción intersectorial, centrar el trabajo conjunto en un solo objetivo también facilita el aprendizaje compartido y continuo *(11, 453)*.



© OMS/Ozge Bayram

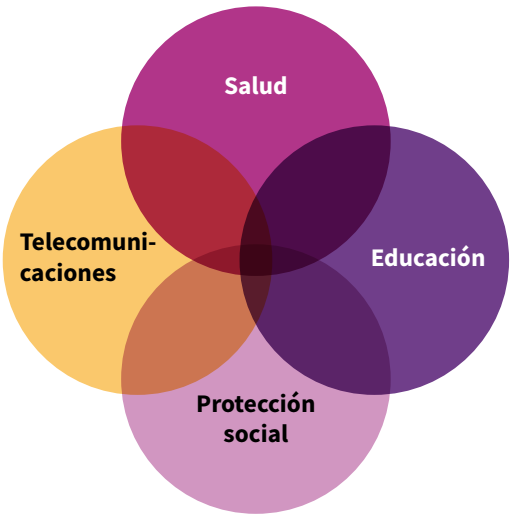
Figura 5.3. Tipos de acción multisectorial

Acción en sectores individuales, con el enfoque del bienestar adolescente en todas las políticas



Anteriormente, este se denominaba el enfoque de salud adolescente en todas las políticas. Con el advenimiento del marco del bienestar, el enfoque ahora se define como un planteamiento de las políticas públicas según el cual todos los sectores tienen en cuenta sistemáticamente las implicaciones de sus decisiones en el bienestar adolescente, evitan los efectos perjudiciales y buscan sinergias que mejoren el bienestar y la equidad en materia de salud de la población adolescente. Se trata de un enfoque que facilita la formulación de políticas públicas adaptadas a la población adolescente en todos los sectores clave.

Acción intersectorial para el bienestar adolescente



En términos generales, la acción intersectorial se refiere a la convergencia de las estrategias de intervención y los recursos entre las políticas de dos o más sectores con el fin de lograr objetivos complementarios que mejoren el bienestar adolescente o sus determinantes. Si bien la acción intersectorial suele concentrarse en el gobierno, también puede implicar medidas en otros sectores, como la sociedad civil y el sector privado.

Fuente: Adaptado de OMS, 2021 *(141)*.

A diferencia de las acciones monosectoriales, las intersectoriales requieren políticas públicas que implican a dos o más ministerios que desempeñan funciones diferentes y complementarias para lograr un objetivo común. Tales colaboraciones son mucho más complicadas que el simple hecho de incluir a otros sectores en la ejecución de los programas mediante el intercambio de información, la coordinación o la cooperación. Por lo tanto, es importante sentar las bases institucionales y de recursos humanos necesarias para la acción intersectorial incluso antes de establecer un programa intersectorial formal *(54)*, lo cual puede lograrse de manera sistemática (recuadro 5.2).

Recuadro 5.2. Pasos prácticos para dirigir la planificación y la gestión de un programa intersectorial

- Concientizar sobre la magnitud del problema y el hecho de que es posible prevenirlo. Dado que los ministerios de salud, tanto a nivel nacional como local, generan gran parte de los datos sobre problemas como la violencia juvenil, las lesiones autoinfligidas, los embarazos adolescentes y la desnutrición, y supervisan la atención de estas afecciones, están en condiciones de hacer campaña para que se preste más atención a estos temas.
- Por lo general, es necesaria la concientización a tres niveles: dentro del ministerio de salud y en los equipos de gestión de la salud de los distritos; en otros sectores; y con el público *(23)*.
- Aclarar el marco de políticas que encomienda o permite la acción intersectorial sobre el asunto en cuestión. Ubicar los documentos de políticas (como estrategias y planes de acción nacionales) que estipulen la necesidad de una acción conjunta entre sectores o que de alguna otra forma sean importantes para lograr una planificación, coordinación y ejecución eficaces de la acción intersectorial.
- Invertir en realizar consultas con diferentes sectores y en establecer una visión común entre las principales partes interesadas. Determinar quiénes son las personas responsables o puntos focales para el tema en cuestión en los demás sectores y organizar una o varias reuniones informales con otros sectores clave. Intercambiar información acerca del trabajo actual y de las metas fijadas, reconocer los intereses comunes y establecer un mecanismo para intercambiar información regularmente.
- Cobrar conciencia de los obstáculos frecuentes para la acción intersectorial y tomar medidas anticipatorias o correctivas. La colaboración con otros sectores plantea desafíos específicos de comunicación. Entre estos destacan la falta de comprensión de las agendas políticas y los imperativos administrativos de otros sectores, y las diferencias entre sectores en el proceso de definir las prioridades y los objetivos. También hay obstáculos estructurales. Por ejemplo, quizá sea difícil establecer una consonancia entre las asignaciones presupuestarias dentro de cada sector y las partidas necesarias para la acción intersectorial.
- Establecer una asociación formal, con una estructura de gobernanza clara, un mandato del más alto nivel del gobierno y una representación robusta de la población adolescente y la comunidad. Designar a un coordinador nacional, con un mandato al nivel más alto del gobierno, que será responsable de la puesta en marcha del programa en general y de colaborar con las organizaciones locales y nacionales (véase el estudio de caso 5.2 de Filipinas). Formular y acordar las atribuciones de dicho coordinador y de cada organismo implicado. Las organizaciones y las personas que participan en las asociaciones deben tener tanto la autoridad como la flexibilidad para poder tomar decisiones conjuntas. Es fundamental la claridad acerca de los asociados y de las partes interesadas: quiénes y cuántos son, sus funciones y responsabilidades y la necesidad de una participación y un compromiso sostenidos.
- Considerar la posibilidad de crear un grupo consultivo independiente. Al examinar los informes anuales, este grupo brindará un escrutinio independiente de los avances y pondrá de relieve los posibles aspectos omitidos para su atención por los sectores implicados.
- Invertir desde el principio en la capacidad organizativa. Un programa bien diseñado llega a una gran variedad de profesionales de la salud, gerentes de programas y responsables de las políticas, fortalece sus capacidades y les ayuda en la elaboración de planes locales, la prestación de servicios y la investigación. También brinda materiales de orientación y manuales para apoyar en la ejecución a nivel local y para facilitar la fidelidad en la propia ejecución. Entre las principales áreas en las que puede hacer falta material de orientación figuran las siguientes: colaboración de las comunidades y de la juventud; planificación distrital; colaboración entre diferentes disciplinas y sectores gubernamentales; alianzas entre el sector público, la investigación y la práctica; indicadores y mediciones básicos; y problemas de salud específicos. Un programa así colabora con los principales centros e instituciones de investigación nacionales y aprovecha sus recursos para formular intervenciones e investigar sobre su ejecución. Asimismo, promueve la capacidad básica de otros programas en curso dirigidos a la salud y el desarrollo adolescentes (p. ej., programas nacionales de salud mental y para la infección por el VIH).
- Garantizar un financiamiento suficiente para las actividades nacionales, subnacionales y locales. Decidir el enfoque del cofinanciamiento (cuadro 5.1, p. 131). Considerar que la asignación de fondos a las áreas locales esté condicionada a que se cumplan determinados requisitos, como el nombramiento de coordinadores locales y la elaboración de planes locales.
- Crear un mecanismo de examen. El examen debe basarse en la recopilación sistemática de datos mediante el sistema de información regular, y debe facilitar el ajuste periódico, según sea necesario, por parte de los sectores implicados. Se debe prestar apoyo continuo al seguimiento, la mejora permanente de la calidad y la evaluación rigurosa de las intervenciones y las políticas.
- Planificar la sostenibilidad a largo plazo desde el principio *(455)*, mediante la consonancia entre la prestación de servicios, el financiamiento, la generación de recursos o insumos físicos y humanos y la rectoría, por un lado, y los objetivos del sistema en su conjunto, por el otro *(21)*, y considerando los factores facilitadores y los obstáculos para mantener el cofinanciamiento (cuadro 5.1).

5.2.3 Crear liderazgo dentro del ministerio de salud y entre las distintas instancias gubernamentales

La buena gobernanza es un requisito indispensable para lograr sistemas de salud de alta calidad *(11)*, y el liderazgo orientado a la salud y el bienestar adolescentes en todo el gobierno es una base esencial para el éxito de la programación *(456)*. Un número cada vez mayor de países, entre ellos Chile, Etiopía, Reino Unido (Inglaterra) y Tailandia, han establecido un liderazgo firme que ha conducido al éxito de los programas dirigidos por el gobierno nacional para prevenir el embarazo en adolescentes (véase también el estudio de caso 5.8 de Mauricio). Un liderazgo fuerte en materia de salud y bienestar adolescentes dentro de los ministerios de salud ordenó la colaboración entre departamentos y logró que se prestara atención a la salud y el bienestar adolescentes en las políticas clave, como las relacionadas con la protección ante los riesgos financieros, la capacitación y educación de los prestadores de servicios, la mejora de la calidad, el sistema de información sobre gestión de la salud y la infraestructura.

Para abordar otros dominios del bienestar y sus determinantes, se requiere un liderazgo firme en los niveles más altos de la administración nacional y local que imponga la colaboración entre las distintas ramas del gobierno, incluidas las de finanzas, género, planificación, estadísticas, bienestar social, seguridad, trabajo, salud y educación. También es crucial colaborar estrechamente con las comunidades, la sociedad civil, la población joven y el sector privado.

Estudio de caso 5.2

Gestión del programa Salud en las Escuelas a nivel local en Filipinas: Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud.



© OMS/Francisco Guerrero

Aproximadamente un tercio de la población de Filipinas está en edad escolar, y la salud en las escuelas se considera un componente importante de la agenda del Departamento de Salud del país. Aunque Filipinas no cuenta con una política explícita en materia de salud escolar basada en la definición de las escuelas promotoras de la salud (EPS) de la OMS, tiene un programa de salud y nutrición escolar que incluye varias intervenciones similares a las del enfoque de las EPS de la OMS. En julio del 2018, el Departamento de Educación puso en marcha el programa Salud en las Escuelas. Su objetivo es impartir educación sobre hábitos de vida saludables y ofrecer atención primaria básica en materia de salud, nutrición y cuidado dental al personal escolar y al alumnado, así como garantizar un vínculo entre los prestadores de atención de salud para la población infantil y adolescente y los gobiernos locales.

Aunque el Departamento de Educación dirige y ejecuta el programa, su coordinación depende sobre todo de los gobiernos locales. Estos son responsables de gestionar y asignar los fondos a las escuelas para la puesta en marcha de los diversos programas. Reciben y asignan los fondos del gobierno central, y proporcionan financiamiento adicional para apoyar las mejoras escolares y otras intervenciones necesarias que no están financiadas por el presupuesto central. Las autoridades locales, como funcionarios y superintendentes de los centros escolares, apoyan las iniciativas de los programas y proyectos de salud y nutrición escolar, por ejemplo. También prestan otro tipo de apoyo administrativo necesario para la gestión del programa en las escuelas.

La dirección de las escuelas también contribuye a elaborar políticas a nivel de la escuela y a gestionar el entorno escolar. Aunque todavía hay obstáculos a los programas de salud escolar, al incluir a las autoridades locales como partes interesadas clave, la estrategia de Salud en las Escuelas ha contribuido al éxito de algunos programas en las escuelas, como el de agua, saneamiento e higiene.

Fuente: OMS, 2021 *(18)*.

> “Cuanto más hincapié hagan las personas responsables de las políticas a nivel nacional en la salud adolescente, más informada estará la población joven sobre la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y la lucha contra la violencia de género”.
>
> Participante en la consulta pública para la 2ª edición de la *Guía AA-HA!*, Burundi

Estrategias de ejecución para fortalecer el liderazgo en favor del bienestar adolescente en los ministerios de salud y en todo el gobierno

1. Establecer un mecanismo a nivel nacional, o aprovechar las plataformas ya establecidas, para supervisar y coordinar las iniciativas a favor de la salud y el bienestar adolescentes en todos los sectores y ministerios gubernamentales. Dicho mecanismo facilitaría la participación de los órganos pertinentes y de las organizaciones de la sociedad civil, incluida la propia población adolescente. También serviría para establecer y revisar periódicamente las prioridades de la colaboración intersectorial, generar incentivos para acelerar el trabajo, coordinar la acción entre los diversos ministerios y promover la rendición de cuentas a todos los niveles
2. Nombrar un punto focal o persona encargada de la salud adolescente dentro del ministerio de salud cuyas responsabilidades serían las siguientes:
   - colaborar con las distintas dependencias del ministerio de salud (p. ej., las de finanzas, personal, atención primaria y atención hospitalaria) para que todos los programas le presten la debida atención a la salud y el bienestar adolescentes;
   - coordinar los programas específicos para la adolescencia en el sector de la salud o en los diferentes sectores, según el mandato;
   - colaborar con otros sectores durante sus ciclos regulares de planificación estratégica y operativa a fin de introducir el enfoque de salud adolescente en todas las políticas (véase la sección 5.2.2);
   - servir de enlace con otros sectores por medio de una plataforma intersectorial y promover un liderazgo firme en materia de salud y bienestar adolescentes en todo el gobierno, así como la colaboración en favor de las metas comunes de salud;
   - planificar y gestionar la acción intersectorial (véase el recuadro 5.2).
3. Fortalecer la capacidad política y administrativa y el liderazgo en materia de salud y bienestar adolescentes a nivel nacional y subnacional (p. ej., a nivel de distrito) mediante lo siguiente:
   - fomentar la competencia de las personas responsables para el empleo de datos en la toma de decisiones relativas a la salud y el bienestar adolescentes;
   - aplicar las habilidades para promover la causa, negociar, elaborar presupuestos, forjar consensos, planificar y gestionar los programas;
   - colaborar con los distintos sectores;
   - coordinar la acción de las diversas partes interesadas;
   - movilizar recursos; y
   - garantizar la rendición de cuentas.

5.2.4 Garantizar la participación significativa de adolescentes y jóvenes

La participación significativa de adolescentes y jóvenes debe integrarse en el diseño, la ejecución y el seguimiento y evaluación de los programas, así como en la toma de decisiones que afecten a la población adolescente en todos los ámbitos *(59)*. Los firmantes de la declaración de consenso mundial sobre la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes definen esta como “una alianza inclusiva, intencional y de respeto mutuo entre adolescentes, jóvenes y personas adultas en la que se comparte el poder, se valoran las respectivas contribuciones y se integran las ideas, perspectivas, habilidades y fortalezas de la población joven en el diseño y la puesta en marcha de programas, estrategias, políticas, mecanismos de financiamiento y organizaciones que afectan sus vidas y comunidades, sus países y el mundo” *(59)*.

Las políticas de los sectores clave no deben basarse exclusivamente en las opiniones de las personas adultas sobre la adolescencia. Con demasiada frecuencia, a la población adolescente se le atiende de manera simbólica, se le deja fuera de las discusiones o no se le retribuye por su tiempo. Los gobiernos y los ministerios (de salud u otros) tienen la responsabilidad no solo de respetar su derecho a la participación sino también de protegerlo y de velar por que se cumpla. Para ello, hay que fortalecer las capacidades de la población adolescente y proporcionarle oportunidades trascendentes para participar en las decisiones sobre el liderazgo y el financiamiento, así como en todas las fases del ciclo de programación: asignación de prioridades, análisis, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación *(457)*.

> “Los gobiernos pueden crear un entorno que valore las contribuciones y perspectivas de la población joven si se reconocen sus capacidades, conocimientos y experiencias. Para ello, hay que brindar capacitación y recursos a la juventud y garantizar que sus aportes se tomen en serio y se incorporen a los programas y las políticas”.
>
> Estudiante (hombre), de 19-25 años, Uganda

¿Por qué es importante la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes en los programas?

Implicar a la población adolescente en las decisiones que afectan su vida trae consigo múltiples beneficios *(307, 458)*.

- Desde una **perspectiva pragmática**, contribuye a que se adopten mejores decisiones y políticas *(307, 458)*. Permite que las personas responsables de las políticas conozcan los puntos de vista, las ideas y las experiencias singulares de la población adolescente, lo que lleva a comprender mejor sus necesidades y problemas y a proponer soluciones más adecuadas. La participación de adolescentes en la atención de salud ayuda a plantear soluciones sostenibles, aceptables, apropiadas a nivel local y más eficaces, al tiempo que anima a más adolescentes a buscar atención y seguir participando en ella *(459)*. Además, los programas pueden beneficiarse de la importante función que desempeñan adolescentes y jóvenes en el seguimiento del progreso, gracias a sus comentarios sobre cómo avanza la aplicación de las políticas.
- Desde una **perspectiva del desarrollo**, la colaboración significativa tiene una influencia positiva esencial en el desarrollo social y emocional durante la adolescencia *(454)*. Mejora las relaciones entre adolescentes y adultos, contribuye al desarrollo de las aptitudes de liderazgo, la motivación y la autoestima de la población adolescente y le permite fortalecer las competencias y la confianza necesarias para desempeñar una función activa en la sociedad *(460)*.
- Desde una perspectiva **ética y de derechos humanos**, el derecho de la población infantil a participar en la toma de decisiones está protegido por la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Es una forma de promover la equidad en materia de salud. La causa subyacente de las inequidades radica en la distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos, de modo que empoderar e implicar a los grupos de adolescentes vulnerables y excluidos mediante la participación significativa constituye uno de los mecanismos de redistribución del poder *(461)*. Es importante aclarar qué significa la “participación ética” desde la perspectiva de la población joven *(462)*.

Para comprender cómo pueden los gobiernos implicar más eficazmente a la población adolescente en los programas de salud y bienestar, pedimos a adolescentes y adultos jóvenes que recomendaran las tres medidas primordiales que pueden adoptar los gobiernos. En el recuadro 5.3 se resumen las principales recomendaciones, basadas en las 771 respuestas, para mejorar la participación significativa de la población adolescente en las iniciativas de salud y bienestar.

Recuadro 5.3. Cómo implicar de forma significativa a la población adolescente en los programas relacionados con su salud y bienestar: una síntesis de 771 respuestas de adolescentes y adultos jóvenes

Implicarlos en distintos proyectos y programas de adquisición de habilidades y asignarles funciones en distintas dependencias o espacios del sector público.

Organizar sesiones para hacer que jóvenes que tienen muchos seguidores en las redes sociales participen en campañas que promuevan los modos de vida saludables y el bienestar.

Llevar a cabo una investigación exhaustiva sobre las necesidades de la población adolescente e idear programas adecuados y accesibles de salud holística que se adapten a las necesidades de adolescentes de la comunidad.

Tomar medidas para implicar mejor a la población adolescente en el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas, las políticas y los mecanismos de financiamiento que afecten su vida.

Impartir capacitación a las organizaciones de la sociedad civil, ofrecer incentivos para la colaboración y llegar a los miembros de grupos vulnerables, como los de las comunidades desfavorecidas y marginadas.

Empoderar a la población joven para que participe en la toma de decisiones, proporcionándoles la información, los recursos y el apoyo necesarios (estrategias de comunicación innovadoras y eficaces).

Elaborar políticas y estrategias y asignar financiamiento suficiente para apoyar la colaboración significativa de la juventud. Contratar a organizaciones dirigidas por jóvenes para prestar servicios sociales.

Concientizar a la población adolescente sobre los programas de salud y cuán necesaria es su participación para mejorarlos.

Otras sugerencias: Llevar a cabo actividades sobre crecimiento y desarrollo adolescentes; implicar a la población adolescente en actividades ocupacionales saludables y lucrativas; incluir temas pertinentes en los planes de estudio escolares para subsanar las lagunas de los programas; educar a los padres y madres jóvenes mediante iniciativas basadas en la comunidad; conceder becas; promover la educación en materia de salud y realizar revisiones médicas en las escuelas.

¿Cuáles son las modalidades y los principios para una colaboración eficaz y ética de adolescentes y jóvenes?

La participación de la población adolescente puede adoptar distintas formas, entre ellas las siguientes:

- **Informar** a la población adolescente de manera equilibrada y objetiva.
- **Consultar** a la población adolescente para fundamentar la toma de decisiones mediante un proceso iniciado, dirigido y gestionado por personas adultas que busque las experiencias y perspectivas de la adolescencia. (Véase el estudio de caso 5.3 de Camboya).
- **Implicar** a adolescentes de las comunidades, o trabajar directamente, en determinadas decisiones y actividades.
- **Colaborar** con la población adolescente afectada en las comunidades en lo relativo a cada aspecto de una decisión, incluida la propuesta de alternativas y la búsqueda de soluciones.
- **Empoderar** a la población adolescente en las comunidades, al garantizar que conserve el control definitivo sobre las decisiones clave que afecten su bienestar. Esto se traduce en una participación dirigida por adolescentes en la cual se les brinda, o asumen, el espacio y la oportunidad para poner en marcha actividades y defender sus intereses (véase el estudio de caso 5.4 de Malawi). El empoderamiento (p. ej., mediante cambios en las normas sociales, apoyo para la modificación de las políticas e impulso al liderazgo de las niñas y las mujeres jóvenes mediante alianzas eficaces) es una estrategia particularmente importante para abordar el desequilibrio de poder resultante de las normas de género desiguales *(24)*.

Cada una de estas formas de participación es legítima y apropiada en diferentes contextos, si cumple con los cinco principios básicos de la colaboración significativa (figura 5.4).

La población adolescente afronta diversos obstáculos para participar en los programas de salud y bienestar. En el recuadro 5.4 se resumen los obstáculos o desafíos frecuentes mencionados por 727 adolescentes y adultos jóvenes que participaron en las consultas públicas previas a esta segunda edición de la *Guía AA-HA!*

Figura 5.4. Los cinco principios de la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes

1. **Basada en derechos:** Se informa y educa a la población joven acerca de sus derechos, y se le empodera para exigir que las personas obligadas a proteger tales derechos los respeten, los protejan y los cumplan.
2. **Transparente e informativa:** Adolescentes y jóvenes reciben información completa, basada en la evidencia, accesible y adaptada a su edad, que reconoce la diversidad de sus experiencias y promueve y protege su derecho a expresar libremente su opinión. Existe un claro entendimiento mutuo sobre cómo se compartirá la información, las habilidades y los conocimientos de la población joven, con quién y para qué finalidad.
3. **Voluntaria y libre de coacción:** No se debe coaccionar a la población joven para que participe en acciones o exprese opiniones contrarias a sus creencias y deseos; siempre deben ser conscientes de que pueden retirarse de cualquier proceso en cualquier fase.
4. **Respetuosa con las opiniones, orígenes e identidades de la población joven:** Se alienta a la población joven a formular ideas y actividades que sean pertinentes para su vida y que aprovechen sus conocimientos, destrezas y habilidades. En la colaboración se buscará activamente incluir a una diversidad de adolescentes y jóvenes en función de las necesidades o el público correspondientes. La colaboración será culturalmente sensible a personas de todos los orígenes y reconocerá que las opiniones de la población joven no son homogéneas; necesitan que se valore su diversidad y que no se les estigmatice.
5. **Segura:** Todas las personas adultas y en puestos de autoridad que trabajan directa o indirectamente con la población joven tienen la responsabilidad de adoptar todas las precauciones razonables para minimizar el riesgo de violencia, explotación, atención meramente simbólica o cualquier otra consecuencia negativa de la participación de la población joven.

Fuente: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2018 *(59)*.

Recuadro 5.4. ¿Qué impide que adolescentes y adultos jóvenes participen en los programas de salud y bienestar? Una síntesis de 727 respuestas de adolescentes y jóvenes

Falta de conciencia: Es posible que no conozcan la existencia de programas de salud y bienestar, o que no sepan cómo acceder a ellos.

Falta de apoyo social: Pueden sentir poco apoyo de sus pares o familiares, lo que quizá desaliente su participación en los programas de salud y bienestar. Además, la mayoría de los programas no se dirigen a la población adolescente, sino que se centran en las personas mayores y las madres jóvenes.

Falta de motivación: Quizá no tengan la motivación para participar en programas de salud y bienestar debido a otros intereses, como la escuela, el trabajo o las actividades sociales.

Estigmatización: La población adolescente puede sentirse estigmatizada o avergonzada por participar en programas de salud y bienestar, en especial los relacionados con la salud mental.

Obstáculos lingüísticos: Quienes hablan una lengua distinta de aquella en la que se aplican los programas de salud y bienestar pueden tener dificultades para acceder y participar en ellos.

Limitaciones de tiempo: Quizá tengan poco tiempo libre debido a los estudios, el trabajo o las responsabilidades familiares, lo que puede dificultar su participación en los programas de salud y bienestar.

Costo: Algunos programas de salud y bienestar exigen un compromiso económico, lo que supondría un obstáculo para las familias de bajos ingresos.

Seguridad: Hubo adolescentes y adultos jóvenes que mencionaron los desafíos en materia de seguridad personal en sus países.

Accesibilidad:
Pueden enfrentar obstáculos geográficos o de transporte que dificulten su participación en los programas de salud y bienestar. Muchos programas no tienen lugar en escuelas o instalaciones comunitarias que brinden un acceso fácil.

Comunicación deficiente a la población joven: La mayoría de los canales de comunicación que emplean los programas no son apropiados para esta población, por lo que se pierde muchas cosas.

¿Cuál es la situación actual de la colaboración de la juventud?

Como se describe en la sección 1.1, la concientización y los esfuerzos de muchas organizaciones por implicar a la población joven en la toma de decisiones y en los diálogos sobre políticas relativas a los problemas mundiales de salud van en aumento *(465)*. Hay líderes juveniles activos en muchos países, por medio de asociaciones comunitarias, actividades escolares, consejos juveniles, parlamentos juveniles y otros grupos consultivos juveniles nacionales o subnacionales *(466)*. No obstante, falta mucho por hacer. La inversión a favor las estrategias de participación de la población joven, tanto de recursos intelectuales como económicos, sigue siendo insuficiente *(465)*. En muchos entornos aún no se han abordado las razones por las cuales se excluye a la población adolescente y juvenil del proceso de toma de decisiones (recuadro 5.5).

> “Soy una promotora adolescente muy joven; tengo trece años. Promuevo apasionadamente el desarrollo sostenible y la participación significativa de adolescentes muy jóvenes, de 10 a 14 años, en los espacios cívicos locales, nacionales, regionales y mundiales”.
>
> Estudiante (mujer), 13 años, India

Estudio de caso 5.3

Investigación formativa sobre nutrición con adolescentes en Camboya



© OMS/Yoshi Shimizu

¿Quién mejor que la propia población adolescente para participar en la investigación dirigida a adolescentes? Además de que sus perspectivas y puntos de vista singulares darán sustento a los hallazgos, su participación en la investigación puede aportarle pertinencia y visión. Darse cuenta de esto ha llevado a muchas partes interesadas a implicar activamente a adolescentes en las metodologías de la investigación participativa para fundamentar la programación.

En Camboya, donde la población adolescente representa aproximadamente una cuarta parte de la población total, el Programa Mundial de Alimentos emprendió una investigación para contribuir a la base mundial de datos sobre adolescentes y orientar los futuros programas de nutrición. La investigación, que tuvo lugar entre el 2016 y el 2017, siguió una metodología de investigación participativa que incorporó a adolescentes y sus comunidades. Los objetivos del estudio eran evaluar las necesidades y prioridades nutricionales de esta población; comprender cómo prefieren participar en los programas de nutrición; conocer el entorno actual en materia de programas y políticas; y formular recomendaciones sobre intervenciones nutricionales para adolescentes adaptadas al contexto y centradas en el usuario. Se recopilaron los datos de 280 participantes de tres provincias. Para la recopilación de datos se utilizaron metodologías cualitativas en las que participaron adolescentes, como debates en grupos de opinión, entrevistas con informadores clave, talleres y encuestas tecnológicas.

En la investigación se recabaron directamente los puntos de vista de la población adolescente sobre cómo ven y definen su experiencia como adolescentes, sus necesidades alimentarias y nutricionales, los factores que afectan su nutrición y cómo les gustaría participar en los programas. Esta colaboración activa dio lugar a recomendaciones fundamentales para aspectos de políticas y programáticos. Entre las recomendaciones destacaron realizar inversiones para aumentar el acceso a alimentos saludables y nutritivos, brindar opciones alimentarias más saludables, mantener a la población adolescente en las escuelas y crear conciencia sobre la salud materna, así como recomendaciones sobre la preparación y el consumo de alimentos y sobre una mejor gestión de la tierra y mejores prácticas agrícolas. Una consideración importante que se desprende de los hallazgos de la investigación es la importancia de prestar atención a los roles de género dentro de las comunidades y su influencia en futuros programas e intervenciones.

Fuente: PMA, 2018 *(463)*.

Recuadro 5.5. Dimensiones de la exclusión de adolescentes y jóvenes del proceso de toma de decisiones

La población adolescente es un grupo muy heterogéneo, y algunas formas de desigualdad y privilegio están arraigadas y son sistémicas e incluso intencionales. Se pueden generar vulnerabilidad y exclusión a causa de una o varias dimensiones de la desigualdad que se entrecruzan y se superponen, entre ellas la edad, el género (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), la etnicidad, la discapacidad, la situación de dependencia, la situación migratoria, el idioma y la posición económica o social. El entorno (las zonas rurales; las situaciones de emergencia, conflicto, pobreza o exclusión; la falta de conectividad digital, etc.) puede agravarlas. La presión del grupo o la discriminación pueden contribuir a la falta de confianza de la población adolescente para expresar sus opiniones. Las normas sociales más amplias y las prácticas culturales y organizativas también pueden favorecer u obstaculizar la participación y el compromiso cívicos de esta población. Dentro de las estructuras juveniles, a menudo se margina a quienes tienen menor edad a favor de quienes son mayores. Los métodos de información y participación no siempre están suficientemente adaptados para adolescentes de distintas edades y capacidades. Al realizar consultas o foros para adolescentes, a muchos organismos les resulta más fácil buscar e implicar a la población adolescente escolarizada, y especialmente a quienes tienen un buen desempeño escolar. Esto excluye involuntariamente a los grupos de adolescentes más marginados que quizá no asistan regularmente a escuelas formales.

Fuente: UNICEF, 2020 *(307)*.

Estudio de caso 5.4.

Un grupo juvenil de Malawi equipa y empodera a jóvenes



© OMS/Stephenie Hollyman

HeR Liberty, una organización creada en el 2017 en Malawi y dirigida por jóvenes, ha venido trabajando en estrategias centradas en la población adolescente para mejorar su salud y bienestar. En alianza con varias partes interesadas destacadas, entre ellas el Mecanismo Mundial de Financiamiento, la organización colabora de forma significativa con jóvenes de las comunidades locales para idear estrategias conjuntas; se les da libertad para elaborar un plan de mejora de su salud y bienestar basado en sus necesidades y recursos. La organización capacita a líderes juveniles y les proporciona herramientas para que puedan elaborar sus propios informes financieros y relatar los proyectos que emprendan. Además, reciben formación sobre cómo implicar a dirigentes locales y a organismos gubernamentales en cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar adolescentes. El enfoque de HeR Liberty consiste en empoderar y apoyar a la población joven mediante la promoción de la causa, para que esté mejor informada sobre aspectos fundamentales que afectan su salud y bienestar, como la salud sexual y los derechos reproductivos.

La organización ha empleado con éxito la música y los vídeos cortos para elaborar conjuntos de herramientas de promoción y hojas de ruta, en colaboración con redes juveniles, organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones. A partir de una estrategia clara de comunicación y medios, HeR Liberty emplea redes sociales y medios de comunicación en línea y convencionales (radio y televisión) para compartir mensajes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Para el 2019, su canción de promoción de la causa, *Inu ndi ife,* ya se había transmitido por ocho emisoras de radio y seis canales de televisión. Además, para diciembre del 2022, la canción había alcanzado más de 16 000 descargas desde la plataforma en línea www.malawi-music.com. En una campaña, gracias a que la organización colaboró con jóvenes para elaborar conjuntamente estrategias y planes específicos para su contexto, la organización llegó a 4000 jóvenes en 30 días por medio de 8 líderes juveniles y más de 80 clubes juveniles. HeR Liberty informa que, para diciembre del 2022, la organización había llegado a 8000 jóvenes en 12 distritos y había trabajado con 100 líderes juveniles y educadores de pares y con 80 clubes (https://www.herlibertymalawi.com/). La organización también ha realizado diálogos intergeneracionales con más de 20 líderes comunitarios y tradicionales en cuatro distritos locales de Malawi.

Fuente: OMS, 2020 *(464)*.

Como parte del sistema de rendición de cuentas de la declaración de consenso mundial sobre la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes *(59)*, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH, por su sigla en inglés) encuestó a los 249 signatarios de la declaración a fin de evaluar los progresos realizados y los desafíos que se enfrentaron durante el primer año de su ejecución.

A pesar de los informes sobre avances notables y el establecimiento de mecanismos específicos para la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes, aún persisten algunos desafíos. Los obstáculos estructurales arraigados en el privilegio y la jerarquía, como el racismo, la misoginia y el edadismo, siguen impidiendo que adolescentes y jóvenes participen de forma significativa en todos los procesos que afectan su vida, y obstaculizan el avance de su colaboración significativa dentro de las organizaciones que respaldan la declaración. En cuanto al establecimiento de alianzas en pie de igualdad con iniciativas dirigidas por jóvenes, casi la mitad de quienes respondieron a las preguntas sobre el tema mencionaron el uso de acuerdos informales, en lugar de un memorando de entendimiento, un contrato o unos términos de referencia formales.

Muchas organizaciones señalaron que esperan aumentar sus compromisos con la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes en un futuro próximo. Para ello, adoptarían las recomendaciones de los documentos de orientación al respecto, como retribuir económicamente a adolescentes y jóvenes por su participación y elaborar mecanismos de rendición de cuentas.

Al preguntarles qué obstaculiza el acceso de la población joven a los órganos decisorios, la respuesta más común de los signatarios fue la exigencia de cualificaciones poco realistas. Los resultados de la encuesta sugieren que los mandatos de las organizaciones y la promoción interna de la causa fueron los principales facilitadores de la retribución económica al trabajo realizado por la juventud, mientras que las políticas internas restrictivas en materia de financiamiento y la falta de exigencia o de estímulo por parte de los donantes fueron los principales obstáculos. Esto implica que podría haber oportunidades importantes para el progreso si las personas responsables de los sistemas y las políticas financieras colaboraran estrechamente con los promotores y proponentes internos. Las organizaciones que respondieron a la encuesta también comentaron el apoyo que necesitarían para impulsar la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes. En respuesta a lo anterior, la PMNCH y la OMS elaboraron un documento de orientación práctica para la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes, el cual incluye una herramienta de evaluación, recomendaciones y estudios de casos *(467)*.

> “Algunos de los retos son las diferencias de poder entre la población joven por un lado y las personas responsables de las políticas y que ocupan altos cargos por el otro. Aunque se reconoce la importancia de la colaboración juvenil, muchas de ellas se niegan a aceptarla. Se tiene la idea de que la gente joven es inexperta y poco seria y de que hace peticiones imposibles”.
>
> Estudiante (mujer), de 15-19 años, Serbia

Estrategias de ejecución para la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes en la programación en materia de salud y bienestar adolescentes

1. Velar por que los marcos de políticas nacionales reconozcan la importancia de la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes en los programas de salud y bienestar y establezcan mecanismos para lograrla *(59)*.
2. Crear foros para la colaboración significativa de adolescentes y jóvenes y para su participación como líderes y partes interesadas clave a nivel nacional (p. ej., comisionados independientes de la juventud y un consejo nacional de la juventud), con recursos para la supervisión independiente de las acciones del gobierno dirigidas a promover el bienestar adolescente *(59, 60)*.
3. Establecer estructuras y procesos formales para institucionalizar la participación significativa de adolescentes y jóvenes en los diálogos sobre las áreas pertinentes de la política pública, el financiamiento y la ejecución de programas, así como la inclusión sistemática de la población joven mediante la participación de la sociedad civil en los temas de la salud reproductiva y de la salud y el bienestar maternos, neonatales, infantiles y adolescentes *(60, 307)*. Algunos ejemplos de cómo se ha institucionalizado la participación juvenil a nivel mundial son el grupo de coordinación de la sociedad civil para el Mecanismo Mundial de Financiación en Apoyo de Todas las Mujeres, Todos los Niños y el proceso periódico del examen nacional voluntario de los ODS y la presentación de informes relacionados con los ODS.
4. Con la participación de comunidades de adolescentes y jóvenes en las plataformas nacionales, adoptar unas normas mínimas para mejorar la participación, la inclusión, la transparencia y la rendición de cuentas *(307)*. Garantizar que las políticas sobre la representación de la población adolescente tengan en cuenta la equidad y aborden los factores de exclusión (véase el recuadro 5.5) y los obstáculos a la participación de subgrupos de población (p. ej., las personas con discapacidad o con poco acceso a Internet). Deben establecerse mecanismos organizativos para lograr una mayor paridad en la representación formal e informal de la juventud, un fortalecimiento personalizado de las capacidades y apoyo financiero.
5. Construir mecanismos para la participación juvenil a nivel local, aprovechando las plataformas tecnológicas (p. ej., teléfonos móviles y redes sociales) a fin de que la población joven colabore en el reconocimiento, la priorización y la solución de los problemas. Proporcionar los recursos necesarios para apoyar dicha participación y garantizar que los mecanismos permitan que los grupos más vulnerables colaboren *(307)*.
6. Capacitar y asesorar a un grupo diverso de líderes juveniles a fin de que adquieran las competencias necesarias para desempeñar una función eficaz en los procesos de gobernanza y rendición de cuentas en torno a su salud y bienestar. Garantizar que se cuente con información, recursos y apoyo financiero y técnico accesibles y adaptados a la juventud para apoyar las actividades de capacitación y de asesoría por mentores. Permitir que la población adolescente intercambie sus experiencias, buenas prácticas y modelos de intervenciones dirigidas por adolescentes que hayan tenido éxito.
7. Crear conciencia y fomentar el conocimiento en la población adolescente acerca de sus derechos en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño, así como acerca de sus derechos (y limitaciones) legales de conformidad con las leyes y los reglamentos nacionales. Garantizar que haya mecanismos funcionales y accesibles de reparación del daño y resarcimiento en vigor, y que la población adolescente tenga la capacidad de recurrir a ellos cuando se violen sus derechos. Facilitar el acceso de la población joven para interponer demandas ante los órganos judiciales y de derechos humanos regionales e internacionales.
8. Implantar mecanismos y procedimientos para garantizar la participación adolescente en los servicios de salud, incluida su propia atención, según la norma 8 de las *Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes (461, 468)* (véase el recuadro 5.6).
9. Definir claramente los objetivos de la participación adolescente e institucionalizar el seguimiento y la evaluación de la colaboración de la juventud con indicadores específicos *(60, 469)*.
10. Elaborar y ejecutar políticas y mecanismos internos que garanticen el reconocimiento y la retribución apropiados para adolescentes y jóvenes por su intervención en la elaboración de políticas, la generación de demanda y la prestación de servicios *(60)*.

Recuadro 5.6. Norma 8 de las *Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes*

Norma 8	Los adolescentes deben participar en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios.

Fuente: OMS, 2015 *(468)*.

Banco de recursos para la participación adolescente en la programación para el bienestar



Fuente: OMS, 2018 *(470)*.



Fuente: Mecanismo de Financiación Mundial, 2020 *(471)*.



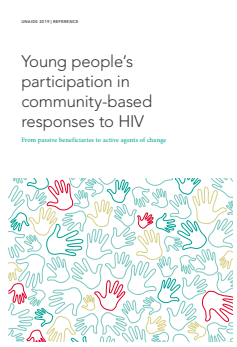
Fuente: UNICEF, 2020 *(307)*.



Fuente: UNICEF, 2022 *(472)*.



Fuente: ONU-Mujeres, 2019 *(24)*.



Fuente: ONUSIDA, 2018 *(458)*.

5.2.5 Asegurar el financiamiento para los programas de bienestar adolescente

Como se señala en la sección 1.2, la salud y el bienestar adolescentes son una buena inversión. Se necesita una promoción continua de la causa para persuadir de su importancia a los organismos que brindan el financiamiento. A fin de satisfacer las necesidades de la población adolescente, hay que asignar recursos y tomar decisiones sobre las adquisiciones dentro y fuera del sector de la salud. Según si se trata de un programa monosectorial o intersectorial, los procesos y las oportunidades para ampliar las asignaciones de recursos serán diferentes. Cada sector tiene sus propios procesos y mecanismos de asignación de recursos internos, y comentarlos todos rebasa los alcances de este documento. Por ello, en el caso de los programas monosectoriales, describimos a modo de ejemplo las estrategias clave de ejecución en el financiamiento del sector de la salud únicamente (sección 5.3.1). En este punto se describen los métodos para financiar los programas intersectoriales.

Cómo financiar programas intersectoriales para el bienestar adolescente

A pesar de los enérgicos llamamientos en favor de enfoques de "todo el gobierno", de "salud en todas las políticas" y de "acción intersectorial para la salud", en el financiamiento para la salud y el bienestar sigue predominando un enfoque sectorial *(54, 452)*. No obstante, el financiamiento monosectorial es problemático, sobre todo en lo relativo a financiar las intervenciones estructurales que aborden los determinantes sociales de la salud y el bienestar. Por ejemplo, la igualdad de género podría traer consigo grandes beneficios para la salud y sinergias entre la educación, el empoderamiento económico, el uso de servicios y la mejora de la salud, resultados que "pertenecen" a diferentes sectores.

Sin embargo, el sector de la salud y otros sectores rara vez invierten sustancialmente en estas intervenciones intersectoriales, en parte debido a los paradigmas específicos de los distintos sectores, que tienden a infravalorar los beneficios colaterales ajenos a su propio mandato. Cuando se evalúa el rendimiento de las inversiones, a menudo se excluye la consideración de los costos y el impacto que quedan fuera del

mandato del sector *(54, 473)*. En los últimos años se ha reconocido cada vez más la necesidad de que los gobiernos ofrezcan los incentivos, los compromisos presupuestarios y los mecanismos sostenibles requeridos para apoyar la colaboración multisectorial, y se han hecho llamamientos para movilizar el financiamiento a nivel mundial. Además, hacen falta incentivos que motiven la colaboración y la acción multisectorial por medio de las alianzas existentes y de nuevos mecanismos de financiamiento *(54, 452)*. Los países de todos los niveles de ingresos están comenzando a estudiar la mejor manera de institucionalizar dichos mecanismos de financiamiento *(53)*.

No hay una forma única de financiamiento de los programas intersectoriales que se adapte a todas las situaciones, ni un conjunto único de características contextuales necesarias para apoyar un enfoque de cofinanciamiento entre sectores. Sin embargo, un punto de partida debería ser que se tomaran en cuenta todos los beneficios y perjuicios de un determinado programa para la población adolescente en los cinco dominios del bienestar adolescente, en lugar de considerar los beneficios y perjuicios en relación con un solo dominio o subdominio. Las estrategias de ejecución que se enumeran en seguida se basan en modelos emergentes de financiamiento de la acción intersectorial para la salud (cuadro 5.1), con el reconocimiento de que se necesita más investigación para establecer una base de evidencia creíble sobre las repercusiones del cofinanciamiento *(54)*.

Estrategias de ejecución para el financiamiento de programas intersectoriales

1. Preparar un plan estratégico y convincente para las inversiones intersectoriales dirigidas a la adolescencia, presentando argumentos sólidos basados en el dividendo triple. Entablar negociaciones con el ministerio de finanzas sobre la asignación de recursos.
2. Analizar los diversos mecanismos financieros para ejecutar un enfoque de cofinanciamiento, como presupuestos mancomunados, presupuestos etiquetados, contratación conjunta, cobro cruzado y pagos transferidos. Aplicar los que se adapten mejor al contexto (p. ej., la existencia de una legislación habilitadora, la madurez de las alianzas entre sectores, las condiciones de las subvenciones). En el cuadro 5.1 se describen las características principales de los modelos de cofinanciamiento intersectorial y se presentan ejemplos de su aplicación en los países.
3. Antes de decidirse por un modelo de cofinanciamiento y aplicarlo, hay que prever los obstáculos y los factores que dificultan la aceptación, la ejecución y la continuidad del cofinanciamiento, y planificar medidas correctivas desde el principio. En el cuadro 5.2 se describen los principales obstáculos y facilitadores del cofinanciamiento
4. Invertir en las habilidades específicas de los gerentes de programas que se requieren en la fase de preparación del cofinanciamiento, como la negociación, la movilización de recursos, la comunicación efectiva y la gestión de las finanzas públicas.



© OMS/Vismita Gupta-Smith

Cuadro 5.1. Descripción de los mecanismos financieros empleados para aplicar el enfoque de cofinanciamiento

Mecanismo financiero	Definición	Ejemplo (número de referencia)	Lugar	Descripción
Presupuestos mancomunados	Al menos dos titulares de presupuesto contribuyen a un fondo común único para el gasto en servicios o intervenciones acordados de antemano.	Children's Trust *(474)*	Reino Unido	Alianzas intersectoriales locales entre 1997 y el 2004 para promover una mayor integración de los profesionales que prestan servicios a la infancia
Presupuestos etiquetados	Los titulares de presupuesto etiquetan los recursos y definen sus respectivas contribuciones dirigidas a objetivos comunes especificados de antemano.	Programa Interagencial de Empoderamiento de las Mujeres Adolescentes (PIEMA) *(475)*	El Salvador	Programa de respuesta integrada a las necesidades de las adolescentes
		Geracão Biz Programme (PGB) *(476)*	Mozambique	Programa multisectorial de salud sexual y reproductiva para adolescentes
Apoyo en especie	Los sectores contribuyen con recursos no financieros (p. ej., recursos humanos, infraestructura o tecnología) a la prestación conjunta de una intervención o programa con un objetivo común.	Salud y nutrición escolar *(477)*	Zambia	Desparasitación, administración de suplementos de micronutrientes y educación sobre salud en las escuelas
		Programa nacional de desparasitación escolar de Kenya *(478)*	Kenya	Desparasitación en las escuelas
Integración estructural	Integración plena de las responsabilidades, las finanzas y los recursos intersectoriales bajo una sola gestión o una sola organización.	Consejo de salud y servicios sociales integrados (desde 1973) *(479)*	Reino Unido	Mecanismo para la planificación, la contratación y la prestación conjunta de atención de salud y asistencia social
Contratación conjunta	Varios titulares independientes de presupuesto reconocen de manera conjunta una necesidad, acuerdan una serie de objetivos y, a continuación, contratan o comisionan los servicios y hacen un seguimiento de los resultados	Departamento de Servicios Comunitarios del condado de Contra Costa, fondos coordinados para la educación temprana *(480)*	Estados Unidos de América	Educación integrada y servicios de apoyo para la primera infancia, todo el día, durante todo el año

Cuadro 5.1. (continuación) Descripción de los mecanismos financieros empleados para aplicar el enfoque de cofinanciamiento

Mecanismo financiero	Definición	Ejemplo (número de referencia)	Lugar	Descripción
Cobro cruzado	Mecanismo por el que se impone una sanción económica intersectorial en caso de no alcanzarse un objetivo preestablecido.	Reforma "Adel" (reforma nacional de la asistencia a las personas mayores) (1992) *(481)*	Suecia	Las autoridades locales (responsables de la asistencia social) están obligadas a pagar a los consejos distritales (que gestionan los hospitales) la atención de los pacientes hospitalizados una vez que los médicos del hospital consideran que el paciente está completamente tratado.
Pagos transferidos	Los titulares de presupuestos sectoriales realizan pagos por servicios o aportaciones de capital a organismos de otros sectores para apoyar servicios o intervenciones adicionales en dichos sectores	Iniciativa de la ciudad de Nueva York contra el asma infantil *(482)*	Estados Unidos de América	Programa de salud pública cuyo objetivo es reducir la prevalencia y gravedad del asma infantil en la ciudad de Nueva York mediante actividades de educación y extensión asistencial, evaluaciones domiciliarias, programas escolares e investigación
		Subvención a la alianza para la seguridad vial *(483)*	Reino Unido	Proyectos intersectoriales para mejorar la seguridad vial

Fuente: Adaptado de McGuire *et al.*, 2019 *(54)*.

Cuadro 5.2. Obstáculos y facilitadores de la aceptación, la ejecución y la continuidad de los modelos de cofinanciamiento

Tema	Obstáculos	Facilitadores
Respaldo conceptual	Resistencia de los actores debido a la percepción de riesgos, ambigüedades y amenazas	Clima político favorable; apoyo de los clientes, los actores y el público
Diseño del modelo, delimitación de la planificación y ejecución	Términos poco claros, prioridades diferentes entre los asociados	Planificación eficaz
		Asociados bien posicionados para facilitar la coordinación intersectorial
Recursos y capacidad institucionales	Recursos insuficientes o incongruentes	Una alianza equilibrada en cuanto a recursos, capacidad, autoridad para tomar decisiones y ejecución
	Diferencias en recursos humanos y formas de trabajar	Experiencia y capacidad adecuadas
	Falta de disposición o respaldo del liderazgo	Liderazgo firme que da prioridad al cofinanciamiento, con rotación limitada
	Tiempo insuficiente para lograr repercusiones	Tiempo suficiente para nutrir la relación y lograr repercusiones
	Incertidumbres sobre la sostenibilidad a largo plazo más allá de las actividades piloto o a corto plazo	Confianza en la sostenibilidad a largo plazo
Cultura relacional e institucional	Relaciones y dinámicas de trabajo conflictivas o apáticas	Relaciones y dinámicas de trabajo positivas establecidas
Evidencia, seguimiento y evaluación de los datos de los resultados inmediatos	Prácticas que no se centran lo suficiente en los resultados	Establecimiento de objetivos de desempeño interinstitucionales
		Evidencia fehaciente de éxito
Prácticas financieras y contables	Disparidad de los métodos y la capacidad para adaptarse a las necesidades	Negociación de antemano sobre el control compartido de los fondos

Fuente: Adaptado de McGuire *et al.*, 2019 *(54)*.

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

Anteriormente, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, los programas y proyectos para la salud y el bienestar adolescentes se financiaban primordialmente a través del apoyo de los donantes para áreas prioritarias, como la salud sexual y reproductiva y la infección por el VIH. Esto solía llevar a que los programas funcionaran en gran medida de forma autónoma respecto al resto del sistema de salud, con miras a optimizar el logro de un objetivo concreto *(43)*. Una dinámica así repercute en la manera de realizar y mantener las intervenciones prioritarias. En ocasiones, las distintas disposiciones institucionales dan lugar a solapamientos y duplicaciones ineficientes *(20, 21)*. Cuando la fuente de financiamiento de los programas para adolescentes no está coordinada o integrada con el presupuesto general del sector de la salud, la viabilidad programática de las actividades puede verse comprometida. Las fuentes de financiamiento, especialmente el apoyo de los donantes, pueden agotarse, modificarse o cambiar de destino *(20, 21)*. A nivel mundial, una minoría de los programas para la salud y el bienestar adolescentes de los países mencionan recibir asignaciones presupuestarias regulares del gobierno *(484)*.

Aunque el financiamiento privado interviene en todos los sistemas de salud y en todo tipo de servicios, está demostrado que, cuando su papel es prominente, suele tener un impacto perjudicial en el avance hacia la cobertura universal de salud *(485)*. Los pagos directos son una forma especialmente regresiva de financiar los servicios de salud, y es mucho mayor el riesgo de que la población adolescente prescinda de la atención necesaria si tiene que pagarla de su bolsillo. Los seguros de salud privados pueden ofrecer ciertas protecciones. Sin embargo, este grupo de población rara vez puede pagar las primas de los seguros privados.

Para avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países deben transitar a depender predominantemente del financiamiento público de su sistema de salud en general *(485)* y de los programas para la salud y el bienestar adolescentes en particular. A medida que cambien los contextos, la responsabilidad de financiar estos programas debería apartarse de las fuentes externas y acudir a los recursos nacionales procedentes del presupuesto general del sector de la salud *(21)*. Los gobiernos deberían incluir la atención de la adolescencia en las estrategias nacionales de salud y en los planes de inversión para la cobertura universal de salud *(43)*. Por lo tanto, entre las medidas primordiales está una

mejor promoción de las prioridades en materia de salud y bienestar adolescentes dentro de los planes nacionales de salud.

Si bien el financiamiento público nacional debería ser la principal fuente de ingresos para la salud de la población joven, los fondos externos también pueden desempeñar una función importante en los países de ingresos bajos. El Mecanismo de Financiación Mundial es una importante plataforma de financiamiento para la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente.* Su objetivo es apoyar los planes de inversión en determinados países que persigan una acción inteligente, gradual y sostenible *(4)*. El Fondo Mundial exhorta a los países a centrarse en la población adolescente en sus solicitudes *(486-488)*. Véase el estudio de caso 5.5 de la República Unida de Tanzanía.

Estrategias de ejecución para financiar las prioridades de salud y bienestar adolescentes en los planes nacionales de salud

1. Preparar los argumentos a favor de la inversión en un conjunto nacional de intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes, definido y presupuestado, y utilizarlos como guía para las decisiones de compra y los conjuntos de prestaciones, con especial atención a los servicios preventivos y al derecho de la población adolescente a la confidencialidad *(490)*. Calcular los recursos necesarios para ejecutar el conjunto de intervenciones prioritarias y los costos de los programas conexos, con herramientas como OneHealth *(491)*.
2. Garantizar que la población adolescente y los promotores de su causa estén representados en el proceso de elaboración de las estrategias nacionales de financiamiento para la salud y en la definición del conjunto de prestaciones esenciales, y que sus necesidades estén bien enunciadas y promovidas *(492)*. Implicar a la sociedad civil y a los representantes de pacientes en la selección del conjunto de prestaciones y en las decisiones estratégicas sobre adquisiciones, de modo que

Estudio de caso 5.5

El Fondo Mundial invierte en programas de salud adolescente en la República Unida de Tanzanía



© OMS/Andy Craggs

El Fondo Mundial es un asociado financiero clave que invierte en iniciativas específicas de salud y bienestar para adolescentes y jóvenes. A nivel mundial, ha financiado varias iniciativas sobre temas importantes de salud pública que afectan a la población joven, como la infección por el VIH/SIDA. En la República Unida de Tanzanía, el Fondo Mundial invirtió cerca de 1660 millones de dólares en programas contra la infección por el VIH entre el 2002 y el 2022. Reconociendo que las adolescentes y las mujeres jóvenes se ven afectadas desproporcionadamente por el VIH en ese país y en toda África subsahariana, el Fondo Mundial, en colaboración con el Ministerio de Salud y asociados locales e internacionales, ha realizado varias inversiones en programas para reducir la vulnerabilidad de las adolescentes al VIH y protegerlas de la infección. Dichos programas brindan a las adolescentes y mujeres jóvenes en riesgo de contraer el VIH un conjunto completo de servicios preventivos adaptados a sus necesidades, incluido un mayor acceso a las opciones de prevención de la infección y conocimientos sobre este y otros temas de salud sexual y reproductiva y sobre cómo pueden empoderarse a sí mismas y a sus pares.

Estas inversiones y otras medidas han tenido efectos muy positivos en la última década. La República Unida de Tanzanía ha realizado enormes progresos en la lucha contra la infección por el VIH. Entre el 2010 y el 2021, las muertes relacionadas con el sida y la incidencia de la infección por el VIH se han reducido en un 60% y un 62%, respectivamente. Además, en el mismo periodo, en el país ha aumentado el número de personas que conocen su estado serológico respecto al VIH, la proporción de personas seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral y, entre estas últimas, la proporción con carga viral suprimida. El país también ha aumentado la cobertura de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus.

Fuente: Fondo Mundial, 2022 *(489)*.

se consulte a los representantes de la población adolescente sobre las decisiones finales acerca de "lo que se incluye y lo que no se incluye" *(493)*. Esto puede hacerse en un procedimiento formal de audiencia, mediante el acceso a un procedimiento de apelación o por algún otro proceso participativo estructurado.

3. Participar en el proceso presupuestario a nivel nacional y subnacional y promover los intereses de la población adolescente en el mismo, desde la fase de planificación hasta la elaboración del presupuesto, la entrega de los fondos y la supervisión de los gastos *(20)*.
4. Garantizar que las necesidades de la población adolescente estén bien enunciadas y se promuevan en las discusiones sobre la compra estratégica de servicios, a fin de alcanzar los objetivos estratégicos del gobierno relacionados con la salud y el bienestar adolescentes:
   - Establecer acuerdos con los prestadores que definan de forma clara las expectativas en cuanto a la amplitud, cantidad y calidad de los servicios para adolescentes.
   - Estimular el desempeño de los prestadores para brindar una atención adaptada a la población adolescente, por ejemplo, ofreciendo incentivos por atender a esta población que estén en consonancia con los incentivos de todo el sistema; mediante indicadores de rendimiento (como la proporción de adolescentes que acudieron a la consulta anual de adolescente sano); mediante métodos de pago a los prestadores como el pago por servicio (p. ej., por el asesoramiento nutricional para adolescentes); y mediante la adopción de directrices clínicas.
   - Mejorar la eficiencia de la compra de productos esenciales para los servicios de salud de la población adolescente (p. ej., kits menstruales).
   - Promover el acceso equitativo de la población adolescente a los servicios, por ejemplo al aumentar las tasas de pago a los prestadores que trabajan con grupos de adolescentes desatendidos.
5. Fortalecer la capacidad de los puntos focales o responsables de la salud adolescente en el ministerio de salud para que formulen argumentos basados en la evidencia a fin de que los conjuntos de prestaciones esenciales de salud aborden las necesidades de la población adolescente (cuadro 5.3).
6. Fortalecer la capacidad de agencia y las competencias de los gerentes de distrito y comunitarios para abordar las prioridades en materia de salud y bienestar adolescentes al realizar ajustes locales en los presupuestos centrales.
7. Fortalecer la capacidad de los gerentes de proyectos nacionales y de distrito para movilizar fondos externos dirigidos a las prioridades de salud y bienestar adolescentes, aprovechando las oportunidades que ofrece el Mecanismo de Financiación Mundial *(492)* y las inversiones estratégicas del Fondo Mundial y de GAVI, la Alianza para las Vacunas, entre otras.



© UNICEF/UNI403010/Pirozz

Cuadro 5.3. Criterios para la toma de decisiones sobre la inclusión en el conjunto de prestaciones esenciales de salud y su aplicación específica en adolescentes

Criterios para la toma de decisiones	Aplicación de los criterios en el contexto de la salud adolescente
Carga de enfermedad	Morbilidad y mortalidad asociadas a las enfermedades, traumatismos y factores de riesgo que afectan a la población adolescente
Balance de beneficios y daños	Balance de los beneficios y daños para la salud, que refleja las repercusiones de una intervención en la población adolescente
Costo-eficacia de las intervenciones	Rentabilidad de la intervención (expresada por lo común como un cociente entre los costos de la intervención y sus beneficios)
Equidad y prioridad a los más desfavorecidos	Medición cualitativa o cuantitativa de la capacidad de una intervención para abordar las desigualdades del sistema de salud que afectan a diversas subpoblaciones de adolescentes, incluidos quienes tienen discapacidad, están marginados, desplazados, en situación de orfandad o pobreza, o viven en zonas de difícil acceso
Protección contra riesgos financieros	Grado al cual la población adolescente puede sufragar el costo de la intervención y está protegida ante los gastos de salud catastróficos y los riesgos financieros relacionados con la salud
Impacto presupuestario y sostenibilidad	Implicaciones financieras generales de la ejecución de las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes, sobre todo en términos de costos adicionales, para el presupuesto disponible
Viabilidad	Grado al cual pueden realizarse las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes por medio del sistema de salud existente, teniendo en cuenta los recursos humanos, la infraestructura y otros medios disponibles en la actualidad o cuyo aumento sea realista, y si es aceptable para el público desde el punto de vista sociocultural
Repercusiones sociales y económicas	Consecuencias para la sociedad derivadas de las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes, como el dividendo triple de los beneficios para la salud y el bienestar en sí, los beneficios económicos y la mejora del capital social (véase la sección 1.2)
Aceptabilidad política	Dividendos políticos asociados con el apoyo a las inversiones para la salud adolescente (p. ej., la aceptabilidad de una política o programa para determinados grupos políticamente influyentes, como votantes, donantes o grupos de presión)

Fuente: Adaptado de OMS, 2021 *(490)*.

5.2.6 Atención renovada a los programas de salud escolar y de salud mental

Las prioridades para los programas intersectoriales se determinarán durante el proceso nacional de establecimiento de prioridades, tal como se describe en el capítulo 4. Hacer una lista exhaustiva de los programas intersectoriales para la salud y el bienestar adolescentes queda fuera del alcance de este documento, ya que su necesidad depende del contexto. Sin embargo, hay una excepción notable: la salud escolar. La salud escolar es una inversión costo-eficaz y factible en todos los contextos y entornos. De hecho, la promoción de la salud en las escuelas es una de las tres áreas más comunes en materia de políticas para la acción multisectorial e intersectorial *(47)*. Cuando están bien diseñados, los programas de salud y nutrición escolar actúan en el punto de interconexión de los factores protectores y de riesgo en varios dominios del bienestar (figura 1.1) *(9)*. Tal vez por ello, el 90% de los países cuentan con algún tipo de programa de salud y nutrición escolar. Esta es una de las estrategias más difundidas para ofrecer protección social y de la salud.

En los últimos cinco años, y también como resultado de las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 (durante la cual el cierre de las escuelas provocó interrupciones masivas de servicios críticos para la población en edad escolar) *(494)*, se ha prestado una atención renovada a la salud escolar *(8, 47, 49-51, 495)*. La razón es clara. En todo el mundo, más del 90% de los niños y niñas en edad de cursar la primaria y más del 80% de los niños y niñas en edad de cursar el primer ciclo de secundaria están escolarizados *(496)*. El alumnado pasa una media de 7590 horas en el aula a lo largo de 8 a 10 años durante la educación primaria y el primer ciclo de secundaria *(496)*. Esto convierte a las escuelas en un entorno privilegiado para las intervenciones preventivas. Además, los años escolares son un período importante para establecer comportamientos que contribuirán a una buena salud durante toda la vida *(494)*.

Invertir en sistemas de salud escolar es una forma inteligente de que los países mejoren tanto la salud como la educación de la población escolar de hoy y los líderes de mañana. Cuidar la salud y el bienestar del alumnado es una de las formas más transformadoras y costo-eficaces de mejorar los resultados de la educación y hacer que los sistemas educativos sean más integradores y equitativos (véase el recuadro 5.7).

Recuadro 5.7. Los programas de salud y nutrición escolar son rentables y viables y aportan importantes beneficios al desarrollo

- Las escuelas alcanzan a millones de niños, niñas y adolescentes, y los programas de salud y nutrición escolar son una forma costo-eficaz de mejorar los resultados tanto de salud como educativos. Se calcula que los programas de alimentación escolar generan un rendimiento de 9 dólares por cada dólar invertido. Los programas escolares que abordan la salud mental podrían arrojar un rendimiento de la inversión a lo largo de 80 años de 21,50 dólares por cada dólar invertido *(123)*.
- Los enfoques de salud y bienestar en toda la escuela tienen profundos efectos en el ambiente escolar, los síntomas depresivos del alumnado, la intimidación y el acoso, la perpetración de actos violentos y la victimización, las actitudes hacia el género y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva *(497)*.
- Invertir en salud y nutrición escolar beneficia a múltiples sectores además del educativo y el de la salud, como el de la protección social e incluso la agricultura local, si los alimentos para las comidas escolares se obtienen en la propia zona geográfica. Aporta beneficios inmediatos, de por vida e intergeneracionales para las personas y las sociedades, al contribuir a la creación de capital humano y al crecimiento sostenible.
- A pesar de ello, en los países de ingresos bajos y medianos, cada año se invierten apenas 2000 millones de dólares en atender las necesidades de salud de la población infantil y adolescente en edad escolar, mientras que se gastan unos 210 000 millones de dólares en educar a este grupo etario. Junto con el gasto en educación, hay que aumentar sustancialmente los recursos destinados a la salud y el bienestar de la población infantil y adolescente en edad escolar para lograr el máximo rendimiento de las inversiones *(47)*.

Al mismo tiempo, hay que poner en marcha estrategias para llegar a la población adolescente no escolarizada, que probablemente afronte mayores riesgos en materia de salud. Por ejemplo, la población adolescente con discapacidad tiene muchas más probabilidades de no haber asistido nunca a la escuela, y puede pasar desapercibida si solo se presta atención a los programas de salud que se imparten en las escuelas *(100)*.

Si bien los gobiernos de muchos países ya están invirtiendo en programas de salud escolar, es necesario hacer más para garantizar que estos programas sean integrales y estén incorporados en los sistemas educativos, de modo que resulten sostenibles y sirvan a todo el alumnado de todas las escuelas *(9)*. Los datos mundiales indican que los programas de salud y nutrición escolar no siempre tienen un alcance exhaustivo, que a menudo no se cubren sus componentes esenciales, sobre todo en los países de ingresos bajos, y que las intervenciones no se aplican de manera coherente entre el nivel de la escuela primaria y el de la escuela secundaria *(47)*.

Las pautas mundiales de la UNESCO y la OMS para las escuelas promotoras de la salud son un vehículo importante por medio del cual se está apoyando a los países para que construyan sistemas educativos promotores de la salud (figura 5.5). Las pautas promueven un enfoque holístico y sostenido de la salud escolar, y apoyan la iniciativa “Hacer de cada escuela una escuela promotora de la salud”.

¿Qué es un sistema educativo promotor de la salud?

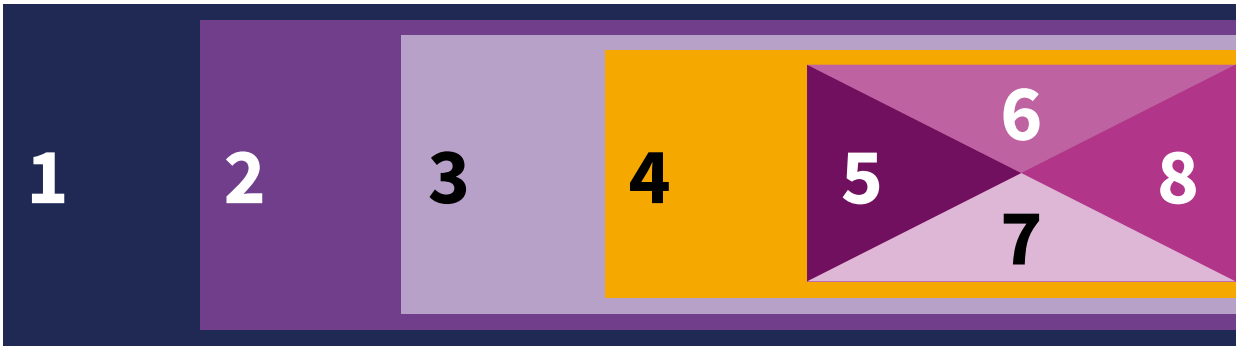
Un sistema educativo que promueve la salud es aquel que refuerza continuamente su capacidad como un entorno saludable para vivir, aprender y trabajar. Esto se logra mediante la participación activa de funcionarios de salud y educativos, docentes, sindicatos magisteriales, estudiantes, progenitores, prestadores de atención de salud y líderes comunitarios *(498)*. Los sistemas educativos promotores de la salud pretenden mejorar la salud y el bienestar no solo del alumnado sino, por medio de las escuelas, también la salud del personal escolar, las familias y otros miembros de la comunidad (véase el estudio de caso 5.6). La OMS y la UNESCO, en colaboración con otros asociados, han elaborado conjuntamente orientación sobre las escuelas promotoras de la salud *(47)*, que comprende ocho pautas mundiales (figura 5.5) y sus respectivos indicadores *(8)*.

Las áreas y estrategias de ejecución para mejorar la salud escolar se describen en la sección 5.3.1.

La salud mental es otra área para la actuación intersectorial. Se puso de relieve durante la pandemia de COVID-19 *(500)* (recuadro 5.8). Desde la publicación de la primera edición de la *Guía AA-HA!* se ha difundido orientación práctica para la programación en materia de salud mental *(12, 501)*.

Las escuelas están en una buena posición para abordar la salud mental de manera integrada al actuar sobre varios determinantes, como el entorno social integrador, los conocimientos básicos sobre salud mental, las relaciones positivas con los progenitores y la comunidad y el acceso a los servicios escolares de salud mental. En el conjunto de herramientas para ayudar a la población adolescente a prosperar *(12)* se describen los principios básicos que deben guiar las acciones de programación en materia de salud mental adolescente, así como las estrategias y los enfoques clave para la ejecución que pueden aplicarse en cualquier contexto de programación (véase el recuadro 5.9).

Figura 5.5. Pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud y su relación



1 Políticas y recursos gubernamentales
Todo el gobierno ha asumido el compromiso de lograr que todas las escuelas sean promotoras de la salud y hace las inversiones necesarias para ello.

2 Políticas y recursos de la escuela
La escuela ha asumido el compromiso de aplicar un enfoque de toda la escuela para ser promotora de la salud, e invierte en ello.

3 Gobernanza y liderazgo de la escuela
El enfoque de EPS cuenta con el respaldo de un modelo de gobernanza y liderazgo de toda la escuela.

4 Asociaciones entre la escuela y la comunidad
Para cumplir el objetivo de ser promotora de la salud la escuela interactúa y colabora con la comunidad local.

5 Plan de estudios de la escuela
El plan de estudios de la escuela ayuda a atender los aspectos físicos, socioemocionales y psicológicos de la salud y el bienestar de los estudiantes.

6 Entorno socioemocional de la escuela
La escuela ofrece un entorno socioemocional seguro y de contención.

7 Entorno físico de la escuela
La escuela ofrece un entorno físico saludable, seguro e inclusivo.

8 Servicios de salud escolar
Todos los estudiantes tienen acceso a servicios integrales de salud, prestados en la escuela o vinculados a ella, que satisfacen sus necesidades de atención de la salud en los planos físico, emocional, psicosocial y educativo.

Fuente: Adaptado de OMS, 2021 *(8)*.

Recuadro 5.8. La COVID-19 y la salud mental y el bienestar adolescentes

- Los efectos sociales y económicos de la COVID-19, incluido el cierre de las escuelas a nivel nacional, plantearon a la adolescencia muchos desafíos en materia de salud mental *(501)*.
- Las necesidades insatisfechas en este ámbito se dispararon durante la pandemia: la población adolescente declaró tener dificultades para acceder a los servicios, mientras que los prestadores de atención de salud señalaron algunas de sus asistencias más bajas jamás registradas *(144, 502)*.
- Antes de la COVID-19, los trastornos de salud mental ya representaban el 13% de la carga mundial de morbilidad en adolescentes, y las lesiones autoinfligidas, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad figuraban entre los seis principales factores generadores de AVAD *(503)*.
- Durante la pandemia, más adolescentes declararon sufrir depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento que en años anteriores *(144, 500)*.
- En algunos estudios se informó que las tasas de suicidio entre jóvenes aumentaron durante la pandemia *(500)*.
- Asimismo, durante la pandemia, los siguientes subgrupos tuvieron una mayor propensión a sufrir dificultades con la salud y el bienestar mentales *(243)*:
  - Adolescentes mujeres;
  - Adolescentes mayores (de 16 años y mayores);
  - Adolescentes de grupos sociales desfavorecidos;
  - Adolescentes con necesidades educativas especiales y discapacidad.

Recuadro 5.9. Conjunto de herramientas para ayudar a la población adolescente a prosperar: estrategias basadas en la evidencia para promover y proteger la salud mental adolescente y reducir las lesiones autoinfligidas y otros comportamientos de riesgo



Estudio de caso 5.6

La capacitación del profesorado favorece la inclusión de estudiantes en Escocia



© Fiona Creigton

En el 2021, Escocia puso en marcha una iniciativa para fortalecer la capacidad del personal docente, de modo que las escuelas de todo el país pudieran ser más inclusivas con la población LGBTI. La política de educación inclusiva LGBTI complementa otras políticas, como la iniciativa nacional contra la intimidación escolar *(bullying)* y la de respeto para todos *(Respect for All)*. El enfoque de la política de educación inclusiva LGBTI estaba en consonancia con una política nacional que busca proporcionar tanto a estudiantes como a docentes la capacitación y los recursos necesarios para que cuenten con información adecuada sobre las cuestiones LGBTI, tanto en la educación primaria como en la secundaria. Docentes y personal de las escuelas de educación primaria y secundaria de toda Escocia recibieron herramientas y otros recursos para aumentar sus competencias en cuestiones LGBTI. En las herramientas y los recursos también se explicaba cómo aplicar un plan de estudios que incluyera consideraciones específicas respecto a la comunidad LGBTI. Además de estos recursos, se ofrecieron a docentes y personal escolar sesiones de capacitación presenciales y virtuales y un certificado de finalización del curso. Según los datos preliminares, casi todos los miembros del personal docente que participaron en los cursos de capacitación afirmaron que habían aumentado sus conocimientos sobre la aplicación de la estrategia de integración del colectivo LGBTI en las escuelas primarias y secundarias. Además, en algunos casos también refirieron mayor confianza en su capacidad para atender las cuestiones relativas a la comunidad LGBTI.

Fuente: McBrien *et al.*, 2022 *(499)*.

5.2.7 Abordar la salud y el bienestar adolescentes en los entornos frágiles o de crisis humanitarias

El bienestar adolescente en los entornos frágiles o de crisis humanitarias es otra área en que la acción multisectorial e intersectorial resulta crucial. Si bien los agentes de protección de la infancia desempeñan una función central, todos los sectores deben participar en la prevención y la respuesta holística a los riesgos y vulnerabilidades que afectan a las niñas y los niños en situaciones de crisis *(504)*.

> “Hay que tomar medidas para llegar a las personas jóvenes de diferentes contextos, en especial a quienes se encuentran en entornos de crisis humanitarias y zonas de difícil acceso, sin olvidar a quienes tienen discapacidad. Así se puede garantizar un enfoque holístico”.
>
> Estudiante (mujer), menor de 14 años, Ruanda

Un programa de recuperación en un entorno frágil o de crisis humanitaria debe regirse por principios de desarrollo que procuren generar procesos resilientes, autosostenibles y bajo la responsabilidad nacional para la recuperación después de una crisis *(505-507)*. Por lo tanto, las estrategias básicas de ejecución planteadas en el marco lógico (figura 5.1) son las mismas en estos entornos que en otros. Entre otros aspectos, abordan las leyes y políticas, la capacidad de los recursos humanos, la prestación de servicios adaptados a la población adolescente y la protección ante los riesgos financieros, así como la participación de adolescentes en el liderazgo y la gobernanza para la rendición de cuentas.

Los principios y normas clave para una acción humanitaria responsable y de alta calidad se describen en la declaración de la OMS sobre la Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas (CHS, por su sigla en inglés), en la cual se establecen nueve compromisos que pueden mejorar la calidad y la eficacia de la asistencia que las organizaciones y las personas pueden prestar en contextos humanitarios *(508)*. En esta sección describimos solo los aspectos específicos de la planificación y la prestación de la respuesta humanitaria relacionados con la adolescencia, en consonancia con las intervenciones basadas en la evidencia descritas en el capítulo 3.

Todas las acciones descritas a continuación deben aplicarse siguiendo los principios de participación infantil, no discriminación, interés superior de los niños y niñas, derecho a la supervivencia y al desarrollo físico, psicológico, emocional, social y espiritual, así como a la seguridad, la dignidad y los derechos a la información, la confidencialidad y la privacidad *(504, 508, 509)*.

Estrategias de ejecución en entornos de crisis humanitarias

1. **Coordinar**
   - Establecer un grupo de trabajo sobre salud infantil y adolescente para integrar las prioridades de salud de esta población en el plan de respuesta humanitaria e implicar activamente a los asociados de sectores clave para garantizar una respuesta multisectorial integrada.
   - Promover la salud y el bienestar de la población infantil y adolescente ante las autoridades de salud y humanitarias.
   - Participar en las estructuras de coordinación de la respuesta humanitaria para integrar la salud y el bienestar de la población infantil y adolescente en la acción humanitaria.
   - Reconocer a los actores humanitarios clave, ponerse en contacto con posibles asociados y colaborar para establecer sistemas comunes y evitar la duplicación.
2. **Colaborar**
   - Establecer sistemas para la participación de adolescentes en la toma de decisiones (en especial para las muchachas y quienes tienen discapacidad o están en situación de vulnerabilidad) a fin de formular y ejecutar respuestas a nivel comunitario, provincial y nacional *(510)*.
   - Garantizar que los mecanismos para la participación de adolescentes abarquen todo el ciclo del programa humanitario, incluidos la evaluación y el análisis de las necesidades; la planificación estratégica; la movilización de recursos; la ejecución; el seguimiento; y el examen y la evaluación por pares *(509)*.
3. **Comunicar**
   - Elaborar una estrategia de comunicación acerca del bienestar de la población infantil y adolescente. Comunicar sin demora los mensajes urgentes a los grupos de población afectados.
   - Ejecutar, actualizar y coordinar políticas y procesos internos, multisectoriales y multiinstitucionales de comunicación y promoción para garantizar que todos los mensajes apoyen las necesidades de protección y bienestar de la población infantil y adolescente. Evitar los mensajes que vuelvan a traumatizar o que generen miedo, división o violencia.

4. **Evaluar y priorizar**
   - Llevar a cabo una evaluación sistemática, objetiva y permanente del contexto y de su repercusión en la salud, la nutrición y el bienestar de la población infantil y adolescente. Evaluar la seguridad de los grupos de población afectados, desplazados y receptores de población infantil y juvenil para detectar amenazas de violencia y cualquier forma de coacción o denegación de los medios de subsistencia o de los derechos humanos básicos.
   - Evaluar y abordar las deficiencias en los recursos y capacidades necesarios para garantizar el acceso de la población infantil y juvenil a las intervenciones y los servicios críticos.
   - Dar prioridad a las intervenciones en materia de salud y bienestar infantil y adolescente, haciendo frente a las principales causas de mortalidad y morbilidad con los medios más costo-eficaces. Prestar especial atención a los grupos de población de alto riesgo.
5. **Capacitar al personal**
   - Capacitar al personal, incluidos los profesionales clínicos (agentes de salud comunitarios; personal de enfermería, de partería y médico; y personal voluntario nacional e internacional), para que presten una atención que respete el derecho de la población adolescente a la información, la dignidad, el interés superior, la seguridad, la autonomía, la autodeterminación y la participación.
   - Fortalecer la capacidad del personal de protección de la infancia y de todos los trabajadores de salud y humanitarios para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los problemas de protección de la infancia.
6. **Prestar servicios de salud**
   - Adaptar, mejorar o establecer estructuras de prestación de servicios adaptados a la población adolescente, como servicios de salud flexibles e integrados que respondan a sus necesidades o consultorios comunitarios temporales o móviles. Proporcionar servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes en un solo lugar, atención domiciliaria, educación y extensión asistencial por medio de establecimientos ajenos al sector de la salud y espacios seguros.
   - Utilizar las innovaciones para mejorar las capacidades de las plataformas existentes de prestación de servicios:
     - redes sociales para ofrecer información de calidad sobre salud e intercambiar información;
     - estrategias flexibles de extensión asistencial, que incluyan presupuestos de transporte suficientes para llegar a la población adolescente en entornos inseguros y zonas de difícil acceso.
   - Prestar servicios para abordar las principales inquietudes de la población adolescente en materia de salud:
     - atención preventiva: anticoncepción, preservativos, anticoncepción de urgencia, prevención de la violencia sexual y de género, salud mental, educación sexual, habilidades para la vida, atención de la salud materna (incluido el asesoramiento sobre planificación familiar), asesoramiento y pruebas voluntarias para la infección por el VIH, administración de suplementos de hierro y ácido fólico;
     - tratamiento: tratamiento de traumatismos e intervenciones ortopédicas, servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia, nutrición, atención integral del aborto, atención clínica a supervivientes de violencia sexual, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, asistencia cualificada de urgencia en el parto, atención posnatal (incluida para la depresión posparto) y tratamiento antirretroviral;
     - suministros: garantizar la disponibilidad y el suministro de diversos tipos de kits: de higiene menstrual (“kits de dignidad”), posviolación, para infecciones de transmisión sexual y de anticoncepción.
7. **Educación y recreación**
   - Brindar espacios seguros para la educación que sean resilientes en caso de desastres, seguros, dignos y accesibles para todos los niños, niñas y adolescentes.
   - Abordar los obstáculos a la escolarización y los problemas relacionados con la permanencia en la escuela de los grupos específicos de mayor riesgo, como las niñas y las adolescentes, las madres jóvenes y la población infantil y adolescente con discapacidad.
   - Proporcionar apoyo dirigido a las opciones de escolarización (p. ej., traslado seguro, apoyo económico a las familias, ayudas en efectivo y vales), formación profesional y acceso a las habilidades para la vida y a la educación sexual integral dentro y fuera de las escuelas.
   - Garantizar espacios seguros para la recreación y el juego, especialmente para las niñas y las adolescentes. Eliminar los obstáculos que puedan excluir a adolescentes con discapacidad.
   - Garantizar el acceso y el uso seguro de retretes, así como su mantenimiento. Garantizar la disponibilidad de materiales e instalaciones para la higiene menstrual.
8. **Nutrición**
   - Garantizar servicios para una nutrición segura, suficiente y apropiada, especialmente para las jóvenes y mujeres durante el embarazo y la lactancia.
   - Aplicar intervenciones de respuesta integrada para los hogares en riesgo de desnutrición.
   - Formular y ejecutar mecanismos de derivación multisectoriales y procedimientos operativos estandarizados para los casos de desnutrición adaptados a la población infantil y adolescente.

9. **Proteger**
   - Determinar los servicios de protección existentes. Detectar y abordar las lagunas.
   - Apoyar a la población infantil y adolescente más expuesta.
     - Violencia sexual. Reconocer que la violencia sexual es frecuente. Tratar de comprender las percepciones y reacciones locales. Difundir mensajes de prevención de la violencia sexual. Educar al personal de salud y conexo para que busque, reconozca y responda con sensibilidad a la violencia sexual. Facilitar información según lo estipulado por las leyes nacionales y las normas internacionales.
     - Fuerzas armadas. Evaluar la participación de población infantil y adolescente en las fuerzas armadas, las percepciones de la comunidad y las actividades de desmovilización y reintegración. Apoyar a las escuelas y otras instituciones que protegen a la infancia. Intercambiar información sobre prevención, denuncia y atención a supervivientes.
     - Supervivientes. Formular una asistencia para supervivientes adaptada a su edad que incluya atención médica, rehabilitación física, apoyo psicosocial y jurídico e inclusión económica, educativa y social. Proporcionar apoyo no estigmatizador a quienes requieran atención adicional (p. ej., quienes participen en las fuerzas armadas, jóvenes embarazadas, niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente y jóvenes embarazadas como consecuencia de una violación).
     - Trabajo infantil. Dar prioridad a la acción contra las peores formas de trabajo infantil, como el trabajo forzoso o en régimen de servidumbre, los conflictos armados, el tráfico de personas, la explotación sexual, el trabajo ilícito y el trabajo en condiciones inseguras. Implicar a las familias afectadas y a otras partes interesadas locales en las respuestas.
     - Menores no acompañados y separados de su familia. Suponer que todos los niños y niñas tienen una persona adulta que los cuida y con la que se les puede reunir, hasta que la búsqueda demuestre lo contrario. Examinar los sistemas y procedimientos legales existentes para la localización y reunificación familiar. Evaluar el alcance, las causas y los riesgos de la separación familiar. Adoptar medidas prácticas para evitar la separación (p. ej., registros de recepción, tarjetas de identidad). Restablecer las redes y estructuras comunitarias de apoyo a los niños y niñas huérfanos y vulnerables. Garantizar que la población adolescente que haya perdido a sus progenitores o personas cuidadoras reciba una atención coherente y de apoyo. Evitar medidas que fomenten involuntariamente el abandono (p. ej., los anuncios de asistencia especial a menores no acompañados y separados).
     - Sistema judicial. Fortalecer los espacios adaptados a la niñez en tribunales y comisarías de policía. Detectar a los niños y niñas detenidos (en especial de manera arbitraria) y las pautas de violación de sus derechos. Promover actividades de derivación para resolver los problemas sin el trauma del sistema judicial. Dichas actividades de derivación consisten en remitir los asuntos fuera del sistema formal de justicia, por lo común a programas o actividades.
   - Establecer procedimientos para el consentimiento fundamentado.
     - Apoyar que los afectados sean responsables de su información personal y controlen su uso.
     - Prevenir posibles conflictos de intereses entre las personas que recopilan datos y quienes responden los cuestionarios o encuestas.

10. **Dar seguimiento y evaluar**
    - Dar seguimiento a la calidad de los programas, sus resultados inmediatos e intermedios y, cuando sea posible, sus resultados a nivel de impacto. Dar seguimiento a los cambios en la situación del bienestar adolescente y ajustar la ejecución de los programas en consecuencia.
    - Colaborar con la población infantil y adolescente y otras partes interesadas para diseñar, ejecutar y dar seguimiento a mecanismos para recopilar información adaptados a estos grupos de población, confidenciales y sensibles al género, la edad, la discapacidad y la cultura, a fin de recopilar y procesar las opiniones y los informes de la población joven, las familias y las comunidades.
    - Introducir flexibilidad en el diseño de los programas de manera de incorporar los comentarios sobre seguimiento y evaluación oportunamente y abordar de inmediato cualquier problema de salvaguardia.
    - Compartir los hallazgos y las enseñanzas derivados de las evaluaciones, el seguimiento, las observaciones y los mecanismos de rendición de cuentas con todas las partes interesadas, incluidas la población infantil y las familias. Asegurarse de que reconozcan cómo han contribuido sus esfuerzos a los programas.

5.2.8 Enfoques programáticos transformadores en materia de género

El género es un poderoso determinante del bienestar adolescente, ya que el sexo y el género se entrecruzan con otros factores de desigualdad, como la violencia de género, la estigmatización, la discriminación y el matrimonio infantil, así como las discrepancias en los ingresos y la edad. Todos ellos agravan la vulnerabilidad y la susceptibilidad de los adolescentes de ambos sexos ante los riesgos de salud y sociales *(23, 68)*. El sexo y la sociedad, lo innato y lo adquirido, la genética y el entorno interactúan de formas complejas para determinar el bienestar adolescente.

La desigualdad de género, que coloca a las mujeres y las niñas en una situación de desventaja, se reconoce como un importante factor determinante de los resultados en materia de salud. La población adolescente y adulta joven que sufre discriminación por motivos de sexo, identidad de género, expresión de género u orientación sexual tiene menos acceso a los servicios y recursos de salud y los utiliza menos. En el caso de las adolescentes, la discriminación de género suele comenzar en el hogar, donde, en algunos entornos, sufren las consecuencias del poco valor que sus familias otorgan a su educación y la expectativa de que se ocupen de las tareas domésticas. Además, la desigualdad en el suministro de alimentos aumenta el riesgo de desnutrición para las niñas y para los hijos que puedan tener en el futuro, especialmente en los países con altas tasas de embarazo precoz en la adolescencia *(17, 496)*. A fin de alcanzar el objetivo de la igualdad de género, los programas deben aplicar el proceso y la estrategia de integración de la perspectiva de género (recuadro 5.10).

El sexo y la sociedad, lo innato y lo adquirido, la genética y el entorno interactúan de formas complejas para determinar el bienestar adolescente.

Sin la integración de la perspectiva de género, los programas corren el riesgo de ser desiguales en género o insensibles a las cuestiones de género. Como mínimo, los programas y las intervenciones para la salud y el bienestar adolescentes deberían ser específicos o sensibles a las cuestiones de género y, en condiciones ideales y cuando sea posible, transformadores en materia de género. En la figura 5.6 se presenta una visión general de estos diferentes niveles de reconocimiento de las cuestiones de género, con ejemplos ilustrativos relacionados con la programación para la salud y el bienestar adolescentes.

Recuadro 5.10. Por qué es importante la integración de la perspectiva de género

La integración de la perspectiva de género es un proceso en el que se evalúan las implicaciones de género, para los adolescentes varones y mujeres, de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas y los programas en todas las áreas y a todos los niveles. El punto de partida para este proceso es el análisis con perspectiva de género, descrito en el recuadro 4.4. Como estrategia, implica reconocer y tener en cuenta las inquietudes y experiencias, a veces diferentes, de las niñas y las jóvenes, por un lado, y de los niños y los jóvenes, por otro, en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas, los presupuestos y los programas para el bienestar adolescente. Esto es importante no solo porque los diversos adolescentes, sean varones o mujeres, tienen necesidades diferentes, sino también porque los distintos roles y expectativas de una sociedad para unos y otras dictan lo que significa ser hombre o mujer. Estos roles y expectativas conforman el contexto y la situación en que se lleva a cabo la programación. Al integrar la perspectiva de género, los programas son más eficaces para promover la igualdad y para no perpetuar la desigualdad.

Fuente: Adaptado de OMS, 2021 *(68)*.

Figura 5.6. Escala de sensibilidad al género

Desigual en materia de género	Perpetúa las desigualdades de género, refuerza los estereotipos y privilegia a los muchachos sobre las muchachas (o viceversa). **Ejemplos** • Distribuir folletos sobre vacunación intencionalmente solo a los hombres. • Promover en los materiales de comunicación estereotipos tradicionales nocivos sobre los roles de niños y niñas.
Insensible a las cuestiones de género	Hace caso omiso de los roles, las normas y las relaciones de género, así como de las diferencias en las oportunidades y en la asignación de recursos por esta causa. **Ejemplos** • Informar a la juventud de la comunidad sobre la prevención del VIH solo a través de los clubes juveniles, donde el 80% de los asistentes son varones. • Establecer un puesto de vacunación contra el VPH solo en un mercado al que no se permite acudir a las muchachas.
Sensible a las cuestiones de género	Muestra una conciencia de los roles, las normas y las relaciones de género, sin abordar necesariamente la desigualdad que generan; no se toman medidas correctivas. **Ejemplos** • El director de un programa nacional de salud adolescente reconoce los problemas de género. • La evaluación del programa incluye un análisis de género, al cual no se da seguimiento durante la ejecución.
Con perspectiva de género	**Con enfoque específico de género** Se dirige específicamente a un grupo determinado de niños o niñas con un propósito concreto; no cuestiona los roles y las normas de género. **Ejemplos** • Organizar una campaña de información para prevenir los traumatismos por quemadura, con mensajes que aborden las diferentes causas de las quemaduras en jóvenes. Se dirige a ellas en los hogares con cocinas tradicionales y a ellos en los clubes deportivos. **Transformador en materia de género** Aborda las causas de la desigualdad de género; transforma los roles, las normas y las relaciones de género nocivos; promueve la igualdad de género. **Ejemplos** • Un programa comunitario de apoyo a las familias para que valoren la educación de las niñas. • Programas *cash-plus* (de transferencias monetarias con intervenciones complementarias pertinentes) que aborden directamente las normas sociales. Esto incluye las normas relativas al trabajo doméstico y de cuidados en el hogar y al acceso a oportunidades de generación de ingresos y activos. • Alentar a los varones a cuestionar los estereotipos de masculinidad establecidos (véase el recuadro 5.11). • Permitir que los adolescentes de ambos sexos participen en pie de igualdad en el diseño y la ejecución de los programas.

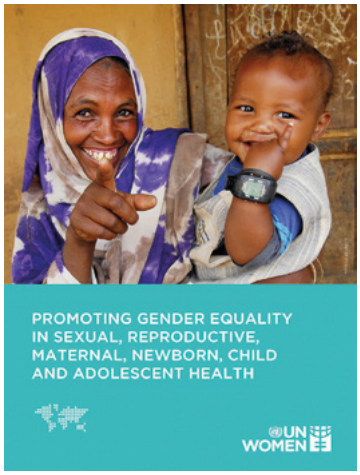
Fuente: OMS, 2011 *(511)*.

Recuadro 5.11. Una visión moderna de la masculinidad

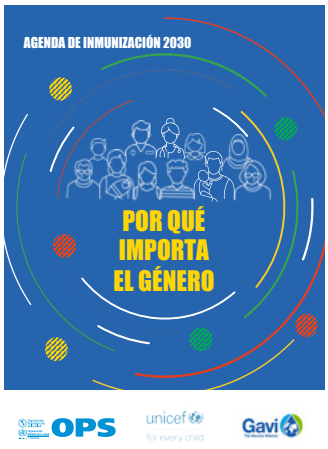
Los programas destinados a impulsar formas más amables y delicadas de masculinidad son cada vez más comunes en los países de ingresos bajos y medianos. En América Latina y África subsahariana, algunos de estos programas han incluido transferencias monetarias. El programa complementario al de Bolsa Família de Brasil, dirigido por la ONG Promundo, fue uno de los primeros en abordar directamente la masculinidad. Su finalidad es volver más equitativas las ideas de los hombres sobre sus responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas, la cocina y las tareas domésticas. En Etiopía, el programa Act with Her (Actúa con Ella), financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, emplea un diseño polifacético. En colaboración con el programa de investigación longitudinal de recopilación de evidencia sobre género y adolescencia (Gender and Adolescence: Global Evidence), financiado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, está diseñado para evaluar los efectos a corto y largo plazo de los apoyos monetarios, combinados con clases sobre formas de masculinidad progresivas para los niños y sobre habilidades para la vida para las niñas, en comparación con una intervención sin entrega de dinero.

Fuente: Jones *et al.*, 2019 *(512)*.

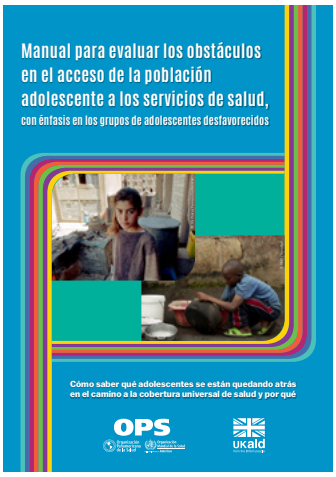
Banco de recursos para la integración de la perspectiva de género en los programas de salud y bienestar adolescentes



Fuente: ONU-Mujeres, 2019 *(23)*.



Fuente: OMS, 2021 *(68)*.



Fuente: OMS, 2019 *(513)*.



Fuente: OMS, 2016 *(461)*.

La exigencia de enfoques transformadores en materia social y de género es cada vez mayor en áreas como la atención de la infección por el VIH *(16, 66)*, la salud mental *(67)* y la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente *(23)*. Varios países han puesto en marcha programas integrales de mejores prácticas, centrados en aumentar el sentido de agencia y el empoderamiento económico y en mejorar el acceso a los servicios relacionados con la infección por el VIH y con la salud sexual y reproductiva y derechos conexos para las adolescentes y las mujeres jóvenes *(66)*, con resultados positivos *(16)*.

5.3 Áreas y estrategias de ejecución en sectores clave

Como ya se ha dicho, la responsabilidad de contribuir al bienestar adolescente recae en diversos sectores y ramas del gobierno. Los sectores de la salud, la educación, la protección social, el trabajo, la justicia penal, las telecomunicaciones, la planificación urbana, la energía y el medio ambiente tienen importantes contribuciones que hacer a la salud y el bienestar adolescentes. Para contribuir eficazmente, necesitan normalizar la atención a las necesidades específicas de esta población en todos los aspectos de su trabajo. En esta sección se describen las áreas de ejecución y las estrategias para las contribuciones específicas de cada sector al bienestar adolescente.

5.3.1 Salud

La pandemia de COVID-19 ha frenado el avance hacia los ODS, tanto en lo que respecta a la cobertura universal de salud como a los determinantes de la salud. El ritmo de avance es una cuarta parte o menos del necesario para alcanzar los objetivos del 2030 *(514)*. La pandemia ha interrumpido el acceso de la población adolescente a los servicios de salud mental, salud sexual y reproductiva, protección infantil y adolescente, inmunización y nutrición, y se han producido retrocesos posiblemente sustanciales en la prevención del matrimonio infantil y adolescente, el embarazo adolescente y la mutilación genital femenina *(152)*. Pero incluso antes de la pandemia, la población adolescente accedía a los servicios críticos con menos frecuencia que cualquier otro grupo etario y,

cuando los servicios estaban disponibles, solían ser de mala calidad *(11)*. Cuando acceden a los servicios, con frecuencia su experiencia dista mucho de ser óptima, sobre todo en el caso de los adolescentes de ambos sexos sexualmente activos, las adolescentes embarazadas, los adolescentes de ambos sexos que están solteros, presentan discapacidades o proceden de familias con ingresos bajos, que suelen enfrentarse a faltas de respeto y malos tratos. En los países de ingresos bajos y medianos, es menos probable que la población adolescente declare tener una fuente habitual de atención de salud, en comparación con las personas de mayor edad. La probabilidad de que las adolescentes utilicen anticonceptivos modernos es menor que la de las mujeres de mayor edad. En comparación con la población adolescente de los países de ingresos altos, son muchos menos los adolescentes de ambos sexos de los países de ingresos bajos y medianos que afirman tener bastante o mucha confianza en su capacidad para recibir de su sistema de salud la atención que necesitan *(11)*.

Una enseñanza importante de la pandemia de COVID-19 es que el fortalecimiento de los sistemas de salud, con especial énfasis en la atención primaria, sienta las bases tanto de la cobertura universal de salud como de la seguridad en materia de salud. Por lo tanto, invertir en sistemas de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente es una forma de lograr la cobertura universal de salud para los 1200 millones de adolescentes del mundo, pero también es una medida para lograr que los sistemas de salud puedan seguir prestando servicios críticos a la población adolescente en caso de que se produzca otra emergencia de salud pública.

Otra enseñanza es que muchos servicios críticos dependen de que las escuelas permanezcan abiertas. Cuando la pandemia de COVID-19 obligó a 190 países a cerrar las escuelas, 1600 millones de estudiantes perdieron el acceso a servicios críticos como el apoyo psicosocial, las comidas escolares y la protección infantil y adolescente. En consecuencia, es importante invertir más en la integración de los servicios de los sectores de la salud, de la educación y de otros sectores, de forma que respondan a las necesidades de las comunidades.

Para lograr la cobertura universal de salud, los sistemas de salud deben responder a las necesidades de la población adolescente, lo que significa que deben normalizar la atención a las necesidades específicas de este grupo en todos los aspectos de su trabajo (figura 5.7). Los sistemas de salud que responden a las necesidades de la población adolescente son la estrategia para lograr la cobertura universal de salud para este grupo (recuadro 5.12).

Figura 5.7. ¿Qué es un sistema de salud que responde a las necesidades de la población adolescente?



Fuente: OMS, 2011 *(511)*.

Garantizar la protección de la población adolescente frente al riesgo financiero

Una función importante de los sistemas de salud de gran calidad es evitar la imposición de dificultades económicas a quienes buscan atención *(11, 44)*. Las barreras económicas son uno de los principales obstáculos que impiden a la población adolescente acceder a los servicios. Según una encuesta reciente de la OMS, en muchos países la población adolescente tampoco tiene acceso a servicios que son gratuitos en el punto de la prestación *(43)*. (La figura 5.8 se basa en los últimos datos, del 2019).

Recuadro 5.12. ¿Qué significa la cobertura universal de salud para los 1200 millones de adolescentes del mundo?

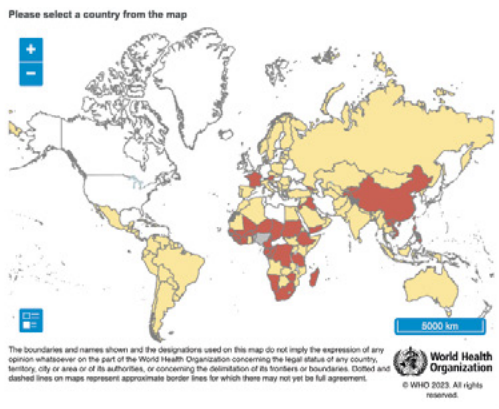
Para la población adolescente, la cobertura universal de salud implica que los adolescentes de ambos sexos pueden usar los servicios de salud a efectos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos que necesiten —de calidad suficiente para ser eficaces—, al tiempo que se garantiza que la utilización de estos servicios no los expone a dificultades económicas *(43)*. La cobertura universal de salud incorpora tres objetivos programáticos *(490)*:

1. equidad en el acceso a los servicios de salud: deben recibir los servicios todos los adolescentes de ambos sexos que los necesiten, no solo quienes puedan pagarlos;
2. la calidad de los servicios de salud debe responder a las necesidades específicas de la población adolescente y mejorar la salud de quienes reciben tales servicios;
3. se debe proteger a la población adolescente frente a los riesgos financieros: el costo de utilizar los servicios no debe hacer que corran el riesgo de sufrir perjuicios económicos.

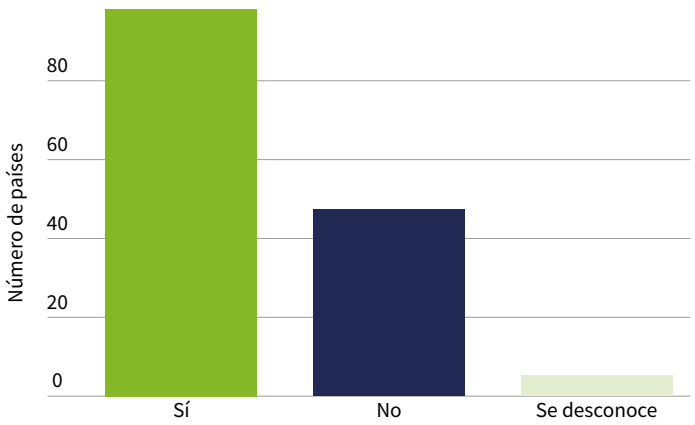
Fuente: Adaptado de OMS, 2021 *(68)*.

Figura 5.8. Situación mundial en materia de política y legislación sobre el acceso gratuito de la población adolescente a los servicios de salud

Política y legislación sobre el acceso gratuito de la población adolescente de 10 a 19 años a los servicios de salud.
Región de la OMS: Mundial. Grupo de ingresos del Banco Mundial: Mundial



Política y legislación sobre el acceso gratuito de la población adolescente de 10 a 19 años a los servicios de salud.
Región de la OMS: Mundial. Grupo de ingresos del Banco Mundial: Mundial



Fuente: OMS, 2020 *(515)*.

Hay muchas razones por las que la población adolescente es especialmente vulnerable a las barreras económicas para acceder a los servicios de salud *(43, 516)*:

- En los países donde existen sistemas de seguros de salud, los adolescentes y los adultos jóvenes de ambos sexos tienen primas de seguro más elevadas que los niños o los adultos mayores de 24 años de ambos sexos, sobre todo si no están escolarizados, son mayores de 18 años (y menores de 24), no tienen trabajo o viven en hogares de ingresos bajos.
- La población adolescente suele tener un acceso limitado al dinero, ya sea al propio o al de su familia. En consecuencia, le resulta más difícil pagar de su bolsillo la atención de salud.
- La población adolescente tiene una capacidad limitada de acceder a los servicios con independencia de los progenitores, si bien tiene mayor necesidad de confidencialidad que los niños y las niñas de menor edad.
- Es posible que los acuerdos de financiamiento de prepago y mancomunado no cubran todos los servicios que necesita la población adolescente, por ejemplo, los anticonceptivos o las vacunas contra el VPH.
- Los mecanismos para pagar a los prestadores de servicios no siempre están en consonancia con las necesidades de servicio de la población adolescente. En los esquemas de pago de honorarios por los servicios prestados, es posible que los profesionales no dediquen el tiempo suficiente a la consulta con una persona adolescente, que puede necesitar más tiempo que las personas adultas o los niños y las niñas, sobre todo en una primera consulta.

Aunque el seguro de salud puede reducir las dificultades económicas, la evidencia disponible sobre su eficacia en la población adolescente es escasa *(11)*. La supresión o exención de primas para los usuarios del sistema de salud en África se tradujo en un aumento inmediato del uso de la atención. Sin embargo, en muchos casos los pagos informales, por medicamentos y transporte seguían causando importantes dificultades económicas *(11)*.

Estudio de caso 5.7

Defensa de los derechos a la educación, la salud y la alimentación básica durante la pandemia de COVID-19 en Sudáfrica



© OMS/Alex Swanepoel

En plena pandemia de COVID-19, las escuelas de Sudáfrica cerraron, lo que limitó la prestación del programa nacional de alimentación escolar (PNAE), que proporciona una comida diaria a todos los alumnos y alumnas sudafricanos que cumplen los requisitos en función de sus necesidades económicas. El gobierno anunció que las escuelas reabrirían el 8 de junio del 2020 y se restablecería el PNAE, pero cuando llegó el momento de reabrir las escuelas, a algunos alumnos y alumnas no se les proporcionaron las comidas del PNAE como se había prometido.

El PNAE se introdujo expresamente para abordar tanto el derecho a la educación básica, según la Sección 29*(1)*(a) de la Constitución sudafricana, como el derecho de la población infantil y adolescente a una nutrición básica, según la Sección 28*(1)*(c). Por consiguiente, las autoridades tenían el deber constitucional de proporcionar una alimentación básica al alumnado. La suspensión del PNAE durante la pandemia, y el retraso en su restablecimiento, fue un incumplimiento de este deber y vulneró el derecho del alumnado a una nutrición básica.

Se presentó ante los tribunales un caso en el que se denunciaba la vulneración de las obligaciones constitucionales y estatutarias y se pedía la plena aplicación del PNAE. El tribunal consideró los derechos fundamentales implicados, como el derecho a la educación y el derecho de niños y adolescentes de ambos sexos a una alimentación básica.

El tribunal sostuvo que el gobierno tiene la obligación "negativa" de no menoscabar un derecho protegido por la Constitución y llegó a la conclusión de que la suspensión del PNAE y el retraso en su restablecimiento habían menoscabado derechos constitucionalmente protegidos. El tribunal dictaminó que todos los alumnos y las alumnas que reunieran los requisitos tenían derecho a una comida diaria del PNAE y ordenó el restablecimiento del programa y la presentación de informes de progreso sobre su ejecución cada 15 días.

Fuente: McBrien *et al.*, 2022 *(499)*.

Estrategias de ejecución para garantizar la protección de la población adolescente frente al riesgo financiero

1. Comunicar claramente el paquete básico de prestaciones a los beneficiarios adolescentes (y a todos los beneficiarios) de ambos sexos para que entiendan sus derechos *(490)*. Garantizar el seguimiento de los límites entre los paquetes de prestaciones y los servicios financiados con fondos privados para evitar que los prestadores desvíen a los adolescentes de ambos sexos hacia servicios privados.
2. Velar por que los adolescentes y jóvenes de ambos sexos estén cubiertos por el financiamiento obligatorio, de prepago y mancomunado, de modo que puedan acceder a los servicios que necesiten *(517)*.
3. Evaluar la repercusión de los pagos directos en el momento de la prestación para los adolescentes de ambos sexos que acceden a servicios clave *(516)*. Utilizar los datos para abogar por la reducción o eliminación de los pagos directos de los adolescentes de ambos sexos en el momento de la prestación.
4. Diseñar y ejecutar medidas específicamente para proteger a la población adolescente de los riesgos financieros (p. ej., dispensas, vales, exenciones o reducción de los copagos), de forma que los servicios de salud y los productos básicos, como los anticonceptivos, sean gratuitos o más asequibles para la población adolescente en el lugar de suministro *(518)*.
5. Definir los subgrupos de adolescentes que no están cubiertos por los sistemas de financiamiento obligatorio, de prepago y mancomunado, y diseñar mecanismos para potenciar al máximo dicha cobertura *(517)*. Estos mecanismos pueden adoptar diferentes formas, como un programa específico de seguro; el acceso a centros financiados por fondos de prepago mancomunados; o subsidios adecuados para la población adolescente vulnerable y sus familias. Tener en cuenta los esquemas de transferencia de dinero en efectivo para aumentar el acceso de la población adolescente a los servicios más importantes, y asesorar a los sectores de bienestar y de protección social sobre este tema. Véanse el estudio de caso 5.14 de Kenya y el estudio de caso 3.4 de Ecuador sobre las intervenciones de transferencia de efectivo para lograr objetivos de salud pública.
6. Realizar el seguimiento de los establecimientos de salud para verificar que se cumplen las políticas de exención de pagos.
7. Proporcionar incentivos financieros, como el pago por desempeño, o no financieros, como el reconocimiento y los premios, para motivar a los trabajadores de salud a aplicar intervenciones de calidad que son esenciales para la salud, el desarrollo y el bienestar adolescentes *(519)*.

Reforzar las leyes y las políticas que protegen a la población adolescente

Las leyes y las políticas deben proteger, promover y hacer efectivo el derecho de la población adolescente a la salud. Los marcos jurídicos y normativos tienen que basarse en los principios y las normas de derechos humanos reconocidos y aceptados a escala internacional. (Véase el estudio de caso 5.7 de Sudáfrica sobre cómo se utilizaron los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales para defender los derechos fundamentales de la población infantil y adolescente a la salud, la educación y la nutrición durante la pandemia de COVID-19).

Sin embargo, los actuales marcos jurídicos nacionales pueden ser bastante heterogéneos: por ejemplo, los límites de edad para el consentimiento varían según el estado civil y el tipo de servicio de salud. Hay más países con límites legales de edad para los adolescentes de ambos sexos solteros que para los casados *(107)*. Estos límites de edad dificultan el acceso de la población adolescente que no ha contraído matrimonio a los servicios, sobre todo a los de salud sexual y reproductiva, infección por el VIH y salud mental.

Como se describe en el capítulo 3, la población adolescente necesita políticas de protección. Los progenitores o tutores legales, los profesionales de la salud y asistentes sociales, los docentes y otros adultos desempeñan una función importante para garantizarles una red de seguridad. Sin embargo, esto no quiere decir que se deba considerar a la población adolescente como incompetente e incapaz de tomar decisiones sobre su propia salud y atención de salud. La protección y la autonomía pueden parecer principios contradictorios, porque las medidas de protección tienden a restringir la autonomía de la población adolescente, pero en realidad pueden equilibrarse y reforzarse mutuamente. Por ejemplo, fomentar la autonomía cuando se empodera a la población adolescente para que acceda a los servicios de salud es una medida protectora, ya que acceder a tales servicios oportunamente puede protegerla frente a posibles daños. Así pues, las leyes y las políticas deben lograr que se otorgue la misma prioridad a todos los derechos que amparan a cada adolescente *(12)*.

Cuando en las políticas nacionales se busca el equilibrio entre el respeto a la autonomía emergente de los adolescentes de ambos sexos y niveles suficientes de protección, es necesario tener en cuenta varios factores: el nivel de riesgo existente; la posibilidad de explotación; el conocimiento sobre el desarrollo adolescente, es decir, que la competencia y la comprensión no se desarrollan por igual y al mismo ritmo en todos los dominios del desarrollo (p. ej., el cognitivo, el emocional); y la experiencia y la capacidad individuales *(15)* (recuadro 5.13).

Estrategias de ejecución de las políticas de protección

1. Alineamiento de los marcos jurídicos y normativos nacionales con los principios y las normas de derechos humanos reconocidos y aceptados a escala internacional:
   - Formular leyes y políticas para promover la salud sexual y reproductiva.
   - Formular leyes y políticas que eliminen las prácticas nocivas infligidas a adolescentes y jóvenes sin su consentimiento, como la mutilación genital femenina y el matrimonio temprano o forzado.
   - Formular políticas y leyes que protejan y apoyen a la población adolescente vulnerable (p. ej., población adolescente con discapacidades, niños y adolescentes de ambos sexos implicados en conflictos armados, refugiados y migrantes, huérfanos y adolescentes de ambos sexos detenidos o cuyos cuidadores estén encarcelados).
   - Evaluar y actualizar los marcos jurídicos y normativos que median en el acceso de la población adolescente a los servicios para garantizar el cumplimiento de los principios y las normas de derechos humanos aceptados a escala internacional. Utilizar, por ejemplo, la caja de herramientas de la OMS para examinar las leyes, los reglamentos y las políticas *(521)*.
2. Equidad:
   - Revisar y modificar las leyes y políticas para garantizar el acceso de la población adolescente al paquete de servicios de salud y bienestar necesarios, con independencia de su sexo, ingresos, vida en el medio rural, discapacidad u orientación sexual. Considerar también otros grupos conocidos localmente por sufrir discriminación.
   - Garantizar una programación que tenga en cuenta las cuestiones de género para mitigar las barreras de acceso específicas a las que se enfrentan los adolescentes varones o mujeres.
   - Aplicar políticas para corregir las desigualdades y las prácticas discriminatorias (tanto reales como percibidas) en el acceso de la población adolescente a los servicios.
3. Privacidad y confidencialidad *(12)*:
   - Introducir procedimientos en los establecimientos de salud para asegurarse de que:
     - la información acerca de los usuarios no se revela a terceros;
     - la información personal, incluida la presente en las historias clínicas de los pacientes, se conserva de forma segura;
     - hay requisitos claros para la organización del espacio físico del establecimiento, así como medidas, para garantizar la intimidad visual y auditiva durante el registro en el establecimiento y las consultas con los prestadores de servicios.
   - Especificar en las directrices de atención de salud que en las consultas con usuarios adolescentes de ambos sexos acompañados por los progenitores o tutores se debe dedicar sistemáticamente un tiempo para atender al adolescente o la adolescente a solas.
   - Revisar las leyes y las políticas nacionales para indicar, de forma clara y sin ambigüedades, en qué situaciones se puede vulnerar la confidencialidad, con quiénes y por qué motivos (p. ej., abusos sexuales a menores, pensamientos suicidas significativos, conductas autolesivas o intento de homicidio).
   - Instituir procedimientos operativos estandarizados para las situaciones en que se permita vulnerar la confidencialidad debido a requisitos legales.
4. Consentimiento y asentimiento para recibir tratamiento o servicios de salud:
   - Capacitar a los prestadores de atención de salud para que evalúen y apoyen la capacidad de la población adolescente para tomar decisiones autónomas de acuerdo con el protocolo de la OMS *(108)*.
   - Fijar unos límites de edad apropiados para otorgar el consentimiento para tratamientos o servicios de salud o para rechazarlos sin que intervengan los progenitores o tutores. A continuación se presentan algunas consideraciones comunes:
     - En la mayoría de los entornos, la población adolescente de 15 años o más puede dar su consentimiento informado oral o escrito, mientras que en el caso de la población adolescente de menor edad las decisiones deben tomarse caso por caso en el interés superior de cada adolescente.
     - Los límites de edad se basan en la etapa de desarrollo, la evolución de la capacidad y una cuidadosa evaluación de los riesgos, la seguridad y otras cuestiones en el contexto local.
   - Adoptar políticas flexibles que permitan que determinados grupos de adolescentes sean considerados “menores maduros” y, por tanto, puedan optar a los servicios. Por ejemplo, los protocolos locales no deben impedir que accedan a los servicios los adolescentes de ambos sexos no acompañados o los que no tienen progenitores o cuidadores.
   - Eliminar cualquier requisito de consentimiento de los progenitores o tutores para los servicios de orientación y asesoramiento. El derecho a la orientación y al asesoramiento es independiente del derecho a dar el consentimiento médico y no debe estar sujeto a ningún límite de edad.
   - Eliminar cualquier requisito de autorización obligatoria de terceros (p. ej., progenitores, tutores o cónyuge), o de notificación a tales terceros, para los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre métodos anticonceptivos y los servicios de anticoncepción. Adoptar una presunción legal de competencia respecto a que un adolescente o una adolescente que busca

productos y servicios preventivos o de salud sexual y reproductiva para los cuales el factor tiempo es importante (p. ej., anticoncepción, aborto seguro) tiene la capacidad necesaria para acceder a tales productos y servicios.

- Establecer procedimientos operativos estandarizados para obtener el consentimiento informado. Los formularios de consentimiento y otras herramientas de información (p. ej., carteles) deben elaborarse de acuerdo con las directrices acordadas internacionalmente, en consulta con miembros de confianza de la comunidad y con un diseño específico para los grupos etarios a los que se dirige la actividad.
- Hacer cumplir la política de que en todos los casos —se requiera o no el consentimiento de los progenitores o cuidadores— se informe adecuadamente al adolescente o la adolescente (utilizando un lenguaje adecuado a su edad, nivel educativo y cultura). No se debe dar el consentimiento para los servicios de forma forzada ni apresurada. Es necesario obtener el consentimiento para la participación en actividades de recopilación de datos.
- Garantizar la eliminación de las prácticas nocivas infligidas a adolescentes y jóvenes sin su consentimiento, como la mutilación genital femenina y el matrimonio temprano o forzado.
- Adoptar políticas que protejan los derechos de la población adolescente con discapacidades, entre otras cosas insistiendo en que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad, en igualdad de condiciones con otras personas. La población adolescente con discapacidades puede enfrentarse a obstáculos particulares y necesitar apoyo en la toma de decisiones.
- En los lugares donde el aborto sea legal, modificar la legislación para permitir el acceso a una atención segura sin requisitos de consentimiento de los progenitores o del cónyuge.

Estudio de caso 5.8

Mauricio modifica la edad pediátrica



© OMS/Blink Media/Gilliane Soupe

En el 2021, la población adolescente (1019 años) constituía el 13,6% de la población de Mauricio. En encuestas anteriores en adolescentes se demostró que se debe hacer más hincapié en sus necesidades de salud y sus comportamientos de riesgo específicos en el marco de un conjunto más amplio de medidas que aborden obstáculos como la pobreza estructural; el acceso limitado a información, servicios y educación adaptados a la población adolescente; las normas sociales conservadoras y la discriminación; y la atención insuficiente a la población adolescente vulnerable y con discapacidad. El Ministerio de Salud y Bienestar, consciente del papel esencial y el potencial de la población adolescente en la sociedad, tanto para el futuro del país como para la defensa de modos de vida saludables, está liderando el desarrollo de la Estrategia Nacional para la Salud Adolescente 2023-2027, con aportaciones del Ministerio de Educación, Educación Terciaria, Ciencia y Tecnología y otros ministerios, así como a través de la participación de la comunidad.

La capacidad de los prestadores de servicios es clave para el éxito de la ejecución de la estrategia. Recientemente, el Ministerio de Salud y Bienestar, conocedor de las necesidades especiales de la población adolescente, ha decidido aumentar la edad pediátrica de los 12 a los 16 años e invertir en capacitación sobre salud adolescente para los pediatras y responsables de la formulación de políticas del país. Con el apoyo de la OMS, en abril del 2023 se organizó para un grupo de especialistas una capacitación magistral en materia de prestación de servicios adaptados a la población adolescente. En la sesión de capacitación de capacitadores, de dos semanas de duración, se seleccionó y formó a nuevos campeones y defensores de la salud adolescente en Mauricio. Los participantes aprendieron a abordar las necesidades polifacéticas de la población adolescente a través de prioridades clave como la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la prevención de enfermedades no transmisibles y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. Esta capacitación es una inversión y un paso importante en el desarrollo del liderazgo y de la capacidad de los prestadores en materia de salud y bienestar adolescentes.

Fuente: OMS, 2023 *(525).*

Recuadro 5.13. Cómo evaluar y apoyar la capacidad de la población adolescente para tomar decisiones autónomas en entornos de atención de salud



No es sencillo para los prestadores de atención de salud evaluar la capacidad de toma de decisiones; muchos carecen de capacitación y herramientas para llevar a cabo tales evaluaciones.

La nueva herramienta de la OMS para evaluar y apoyar la capacidad de la población adolescente de tomar decisiones autónomas en entornos de atención de salud y el algoritmo que la acompaña proporcionan orientación detallada paso a paso para evaluar y apoyar la capacidad de la población adolescente para la toma de decisiones autónomas.

Exploración conjunta de la situación y las opciones:

Explorar con cada adolescente los elementos importantes de la toma de decisiones y la situación general, incluida su vida psicosocial y sus riesgos y recursos.

El papel del profesional consiste en proporcionar, en un lenguaje apropiado, toda la información necesaria sobre el marco de atención, la afección médica en cuestión y las opciones para ayudar al adolescente o la adolescente a tomar una decisión.

Acuerdo:

Resumir las cuestiones planteadas en el paso 1 y asegurarse de que se entienden.

El prestador de servicios debe estar especialmente atento a los elementos que puedan alterar una decisión y abordarlos según proceda para permitir la deliberación con el adolescente o la adolescente y cualquier pareja pertinente a fin de llegar a una decisión consensuada.

La implicación de los progenitores o tutores legales y otras personas pertinentes debe comentarse con el adolescente o la adolescente.

Punto de decisión:

Decidir si el adolescente o la adolescente tiene la capacidad de tomar una decisión autónoma en una situación dada y en un momento dado.

Seguimiento:

Esbozar directrices para el seguimiento, tanto si se llega a un consenso sobre una decisión como si no.

La herramienta se basa en los principios de la toma de decisiones compartida y, por tanto, tiene en cuenta las perspectivas de las personas, las familias y las comunidades para evaluar y apoyar a la población adolescente en la toma de decisiones sobre su salud. Su objetivo es pasar de una visión vertical, paternalista y unilateral de la evaluación a un proceso horizontal e integrado, con el adolescente o la adolescente como elemento central del proceso *(107, 108)*.

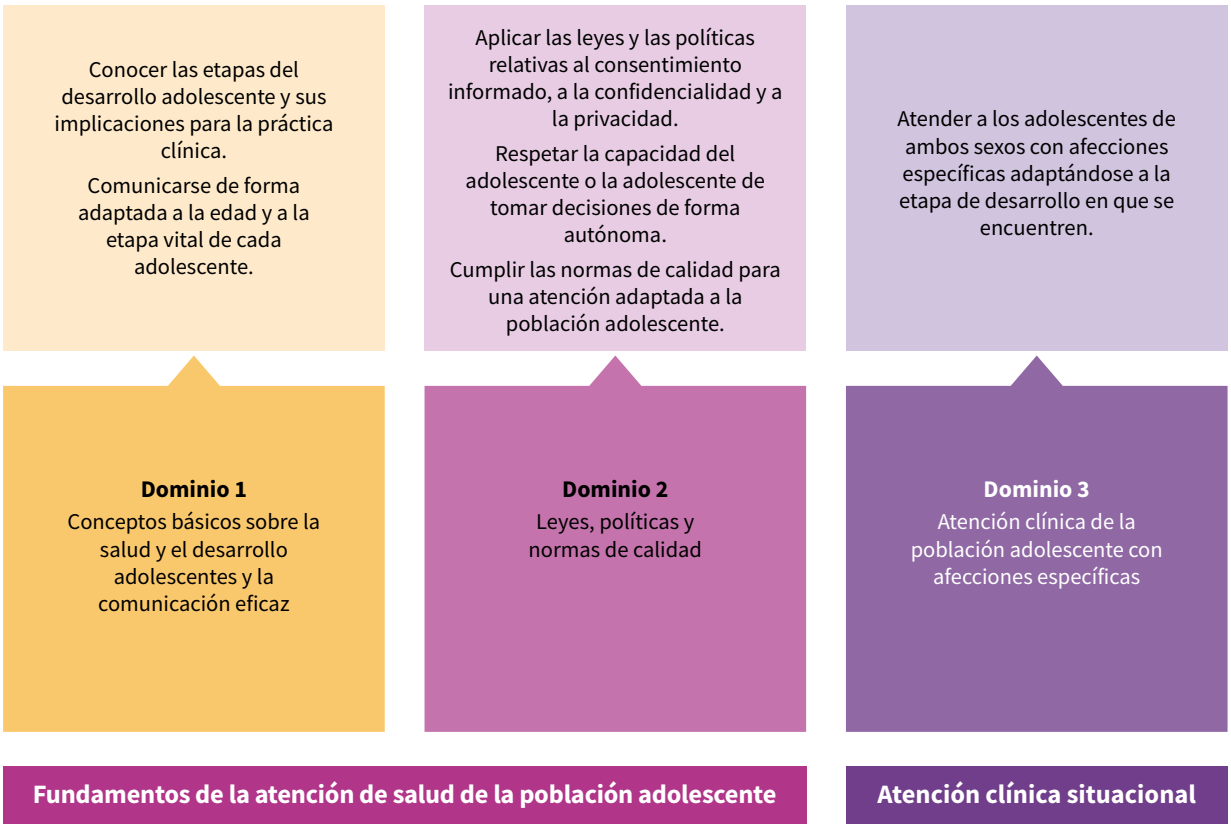
Establecer una fuerza laboral competente en cuestiones de adolescencia en todos los niveles asistenciales

Los adolescentes de ambos sexos no son simplemente "niños de mayor edad" o "adultos de menor edad". Volviendo al modelo ecológico descrito en el capítulo 1, los factores comunitarios, institucionales, ambientales, individuales, interpersonales y estructurales hacen de la población adolescente usuarios especiales por la forma en que comprenden la información, por los canales informativos que influyen en sus comportamientos y por cómo piensan en el futuro y toman decisiones en el presente *(127, 303)*. Así pues, para alcanzar la meta de la cobertura universal de salud para los 1200 millones de adolescentes del mundo se requiere personal de salud preparado para prestar servicios teniendo en cuenta las necesidades y vulnerabilidades específicas de la población adolescente.

La educación basada en las competencias es el enfoque más eficaz para garantizar la preparación para la práctica *(522)*. En el *Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal* se distinguen seis dominios de competencias del personal de salud para la cobertura universal de salud: focalización en las personas, toma

de decisiones, comunicación, colaboración, práctica basada en la evidencia y conducta personal *(522)*. Estas competencias son totalmente válidas para la atención de salud de la población adolescente. Su contextualización para las especificidades de la atención de salud de la población adolescente se describe en el documento de la OMS *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria (523)*. Todos los trabajadores de salud que se encuentren en lugares frecuentados por adolescentes de ambos sexos (p. ej., hospitales, establecimientos de atención primaria y farmacias) deben desarrollar estas competencias (figura 5.9).

Figura 5.9. Dominios para las competencias básicas en materia de atención de salud de la población adolescente



Fuente: OMS, 2011 *(511)*.

La necesidad de intensificar la formación profesional basada en competencias en la atención de salud de la población adolescente se ve amplificada por la tendencia observada en muchos países a elevar el límite superior de edad pediátrica *(524)* (véase el estudio de caso 5.8 de Mauricio). Esta tendencia, fruto de una mayor concientización sobre la salud y el liderazgo adolescentes por parte de las asociaciones profesionales, ha puesto de manifiesto la existencia de lagunas en la calidad de la formación en materia de salud adolescente en la capacitación pediátrica nacional, lo que indica que esta formación es en gran medida inadecuada *(524)*. La pediatría debe prestar más atención a la salud adolescente para lograr que el personal pediátrico actual y el futuro estén debidamente preparados para responder a la cambiante carga de morbilidad en la infancia y la adolescencia.

Las competencias básicas se pueden y deben adquirir tanto en la formación previa al servicio como en la que se imparte a los profesionales en ejercicio *(302, 522)*. Es necesaria una progresión a lo largo de este espectro de formación para garantizar el aprendizaje permanente *(303, 522)*. Sin embargo, muchos países carecen de formas sostenibles de formación profesional continua *(523)*. Por ello es muy importante mejorar la estructura, el contenido y la calidad del componente de salud adolescente de los planes de estudios previos al servicio. Una de las medidas fundamentales para conseguir una fuerza laboral competente en materia de salud y bienestar adolescentes es hacer obligatoria la formación basada en competencias en atención de salud de la población adolescente en los planes de estudio previos al servicio y en la formación de posgrado de profesiones clave, como enfermería, partería, atención primaria y medicina general, atención comunitaria, salud mental y salud sexual y reproductiva *(43, 302)*.

El documento de la OMS Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria se elaboró para ayudar a los países a dotarse de una fuerza laboral competente en lo relativo a la población adolescente.

Estudio de caso 5.9



© UNICEF/UNI822848

Etiopía adopta medidas para encontrar soluciones a largo plazo para dotarse de una fuerza laboral competente en materia de adolescencia. Etiopía tiene una población joven en rápido crecimiento. Las personas de 15 a 29 años representan cerca de un tercio de una población de 90 millones. El Ministerio Federal de Salud dio prioridad a la salud adolescente en su Plan de Transformación del Sector de la Salud (HSTP 2015/20162019/2020) y se ha comprometido a avanzar en el cumplimiento de las metas de los ODS para el 2030. La Estrategia Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes *(20162020)* destacó la necesidad de fortalecer el plan de estudios de capacitación previa al servicio para los profesionales de la salud de adolescentes y jóvenes *(526)*. La evaluación de las necesidades y el análisis de las partes interesadas realizados por el Ministerio de Salud y las Oficinas Regionales de Salud, con el apoyo de los principales asociados para el desarrollo, han demostrado que, aunque varios profesionales con capacitaciones de orientación a corto plazo participen en la prestación de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población adolescente y joven se ven comprometidos por la falta de prestadores competentes. Casi todas las partes interesadas señalaron la falta de prestadores competentes como uno de los principales problemas para la prestación de servicios de salud para adolescentes y jóvenes y la ejecución de la estrategia de salud para esta población. Hicieron hincapié en que los problemas de competencia no podían resolverse con capacitaciones de orientación a corto plazo y valoraron positivamente la iniciativa de formar a profesionales de la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes en la capacitación previa al servicio.

Contenidos exclusivos del plan de estudios sobre salud y desarrollo adolescentes

Además de las competencias profesionales básicas en materia de salud para todos los profesionales de la salud, el plan de estudios sobre salud y desarrollo adolescentes se diseñó para desarrollar competencias de alto nivel en los siguientes aspectos:

- desarrollo normal del adolescente, evaluación del crecimiento y desarrollo adolescentes y detección y manejo de los trastornos del desarrollo;
- comunicación eficaz con la población adolescente, adecuada a su edad y desarrollo;
- evaluación del estado de salud mental de la población adolescente y manejo de los problemas de salud mental;
- promoción de la salud, factores de riesgo, prevención de comportamientos de riesgo, intervenciones positivas para el desarrollo, y evaluación y manejo de trastornos (trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos nutricionales, etc.);
- evaluación de las cuestiones normativas de género en la sociedad y ejecución de intervenciones transformadoras en el ámbito del género;
- derechos de la población adolescente a la salud y la defensa efectiva para cambiar las leyes y directrices que restringen sus derechos;
- enfoques para la organización y prestación de servicios de salud de calidad para adolescentes en consonancia con las normas mundiales y nacionales;
- compromiso o participación de la población adolescente, progenitores, tutores, organizaciones comunitarias y otros sectores en la salud y el desarrollo adolescentes.

Etapas del desarrollo del plan de estudios y situación actual

Comenzó a elaborar el plan de estudios un profesor experto que enseñó salud reproductiva de los adolescentes de ambos sexos durante unos 15 años para estudiantes del Máster de Salud Pública en la Especialidad de Salud Reproductiva. Posteriormente, un equipo de expertos de la escuela de salud pública dirigió el proceso general de elaboración del plan de estudios (figura 5.10).

Estudio de caso 5.9 (continuación)



Un equipo de expertos ha dirigido todos los pasos de elaboración del plan de estudios dados hasta ahora, desde la evaluación de las necesidades hasta la determinación de objetivos, pasando por la elaboración y organización de los contenidos. Para facilitar la ejecución del plan de estudios, el equipo llevó a cabo revisiones internas y externas del plan de estudios y lo aprobó desde el punto de vista técnico: ya estaba listo para su ejecución. El plan de estudios se utiliza ahora para definir las competencias y los contenidos de las capacitaciones en el servicio. Sin embargo, su aplicación formal se ha retrasado. La Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud está ultimando la elaboración de las correspondientes trayectorias profesionales antes de que los licenciados entren en el sistema de salud. Un equipo de la Escuela Universitaria de Salud Pública de Haramaya está ajustando actualmente el plan de estudios para hacerlo más flexible, a fin de admitir a estudiantes tanto de grado como de posgrado y definir las competencias en salud adolescente para el desarrollo profesional continuo mediante mecanismos de aprendizaje flexibles (modular, en línea, autodirigido, etc.).

Fuente: Informe interno de Lemessa Oljira, de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad de Haramaya.

Incluye una herramienta para evaluar el componente de salud y desarrollo adolescentes en la formación previa al servicio y para formular recomendaciones *(523)*. Muchos países de ingresos bajos y medianos han utilizado esta herramienta para diseñar programas de capacitación para los profesionales de salud (véanse el estudio de caso 5.9 de Etiopía y el estudio de caso 5.10 de Uganda).

Estrategias de ejecución para dotarse de una fuerza laboral competente en materia de adolescencia

1. Generalizar la idea común de la importancia de invertir en una fuerza laboral competente en salud adolescente entre los actores clave *(97)*, a saber, los ministerios de salud, educación y juventud; la agencia nacional de autorización y certificación; agencias de elaboración de planes de estudio; asociaciones profesionales; y otras organizaciones de la sociedad civil.
2. Definir las competencias básicas sobre salud y desarrollo adolescentes de acuerdo con la publicación de la OMS Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria *(523)*. Cuando sea pertinente, incluir las competencias en salud y bienestar adolescentes en la descripción de los puestos de trabajo y las políticas relacionadas con la capacidad de los recursos humanos.
3. Elaborar y poner en marcha programas de capacitación basados en competencias en la formación previa al servicio y la formación profesional continua. Para fundamentar el desarrollo de tales programas, evaluar la estructura, el contenido y la calidad del componente de salud adolescente de los planes de estudios previos al servicio existentes en las principales instituciones educativas y de capacitación (véase el estudio de caso 5.10 de Uganda). Reconocer las oportunidades para reforzar el componente de salud adolescente. Para este proceso, se puede tomar como base la herramienta de la OMS para evaluar el componente de salud y desarrollo adolescentes en la educación previa al servicio *(523)*.
4. Apoyar a las instituciones que imparten enseñanza sobre salud y bienestar adolescentes para que evalúen la calidad de la enseñanza y el aprendizaje, así como el progreso de la ejecución de las competencias en materia de salud adolescente. Aplicar un marco conceptual de evaluación de la calidad para apoyar tales evaluaciones *(302)*.
5. Habilitar un mecanismo para consultar a los prestadores de atención de salud sobre sus necesidades de capacitación y formación en materia de atención de salud de la población adolescente y realizar actividades de capacitación a nivel nacional y de distrito que respondan a las necesidades notificadas. Facilitar el acceso de los prestadores de atención a cursos gratuitos en línea y utilizar otros métodos pedagógicos eficaces, como la

educación entre pares, la simulación, la reflexión y el aprendizaje combinado *(302)*.

6. Elaborar y revisar materiales informativos y didácticos, directrices sobre prácticas y otras herramientas de apoyo para la adopción de decisiones en materia de atención de salud de la población adolescente. Integrar las consideraciones específicas de la población adolescente en los protocolos clínicos y las herramientas de apoyo a la toma de decisiones en los servicios de atención primaria y de derivación *(527, 528)*.
7. Fortalecer la capacidad de los agentes sanitarios de la comunidad de llegar a la población adolescente, sobre todo en los casos de abandono escolar, con educación y servicios de salud.
8. Implantar un sistema de supervisión de apoyo para la atención de salud de la población adolescente y ofrecer oportunidades de aprendizaje colaborativo como estrategia clave para mejorar el desempeño de los prestadores de atención.

Mejorar la calidad de los servicios y las plataformas de prestación de servicios que maximizan la cobertura, como la salud digital y los servicios de salud escolar

Algunas iniciativas mundiales instan a los países a dar prioridad a la calidad de la atención como forma de reforzar los enfoques de salud basados en los derechos y lograr la cobertura universal de salud *(529, 530)*. Sin embargo, la evidencia procedente de países de ingresos altos, medianos y bajos muestra que la población adolescente se enfrenta a muchos obstáculos para obtener información y recibir atención de salud de calidad, y que los servicios para adolescentes por lo general están fragmentados y mal coordinados y son de calidad desigual *(11, 450, 531-533)*. La calidad de los servicios para adolescentes es deficiente tanto en el sistema de salud como en el sistema social. Los sistemas de salud presentan deficiencias en competencia asistencial (p. ej., diagnóstico y manejo), competencia del sistema (p. ej., puntualidad, continuidad y derivación), experiencia del usuario (p. ej., respeto y facilidad de uso), oferta de servicios para afecciones comunes y graves (p. ej., cáncer, traumatismos y salud mental) y oferta de servicios para adolescentes *(11)*.

Al reconocer estos problemas, muchos países han evolucionado hacia un enfoque fundamentado en normas para mejorar la calidad de la atención de salud que se presta a la población adolescente (véase el estudio de caso 5.11 de Ghana). El éxito y la sostenibilidad de tales esfuerzos dependerán del alineamiento eficaz con la política nacional de calidad de los servicios de salud *(534)*. Es importante que los aspectos de la calidad de la atención específicos de la población adolescente estén bien articulados e integrados en estas políticas. La guía de planificación de la OMS para organizar unos servicios de salud de calidad describe las acciones necesarias a nivel de país, distrito y establecimiento para mejorar la calidad de los servicios de salud y ofrece orientación sobre la ejecución de actividades clave en cada uno de estos tres niveles *(534)* (véase el recuadro 5.14).

La transición de los servicios pediátricos a los servicios de adultos es un momento especialmente delicado para la población adolescente con enfermedades crónicas, ya que pasan de un modelo de atención centrado en la familia y dependiente de los progenitores (atención pediátrica) a la atención de adultos, centrada principalmente en cada paciente a título individual y que requiere más autonomía en el automanejo de la enfermedad *(537)*. Es bien sabida la necesidad de enfoques de atención de salud adecuados al desarrollo en la atención de transición para la salud mental, la infección por el VIH, la TB, la diabetes, el cáncer y otras enfermedades crónicas *(537540)*. También es importante que las consideraciones específicas de la población adolescente se integren en los algoritmos de apoyo a la toma de decisiones clínicas para los trabajadores de atención primaria y los especialistas *(527)*.

Recuadro 5.14 ¿Por qué integrar los servicios a nivel de prestación?

Un aspecto fundamental para la programación nacional en materia de salud y bienestar adolescentes es integrar los servicios a nivel de prestación. Por ejemplo, integrar el tratamiento de la afección por la que acude el adolescente o la adolescente con una evaluación más amplia mediante el enfoque HEADSSS (**h**ogar, **e**ducación, **a**ctividades o empleo, **d**rogas, pensamiento **s**uicida, **s**exualidad, **s**eguridad) puede proporcionar un contexto para la orientación anticipatoria y las intervenciones preventivas *(127)*. A modo de ejemplo, para ampliar el alcance de las intervenciones antiparasitarias a todas las adolescentes, se recomienda integrar la desparasitación con otros programas para este grupo etario, como la vacunación contra el VPH, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico y los programas de salud y nutrición escolar *(220, 535)*. Para combatir eficazmente la TB y la infección por el VIH, en la mayoría de los entornos deben abordarse estas cuestiones a través de programas de salud de la madre, el recién nacido y el niño *(536)*. La integración de los servicios es importante tanto desde el punto de vista de la maximización de la eficacia como de la mejora de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población adolescente.

Estudio de caso 5.10

Garantizar que la salud de la población adolescente sea una prioridad para los profesionales de la salud: la experiencia de Uganda



© Society of Adolescent Health/Adolescent Clinic, Universidad de Makerere

En Uganda, cerca de una quinta parte de los 45,7 millones de habitantes son menores de 19 años. Sin embargo, como en muchos países africanos, la medicina del adolescente no ha sido una especialidad reconocida, y los prestadores de atención de salud reciben poca capacitación específica en materia de salud adolescente. Esto cambió a partir del 2016, cuando el profesorado de la Universidad Makerere en Kampala —la mayor y más antigua de Uganda— asistió a un curso de capacitación sobre salud adolescente para países de África oriental y meridional, organizado por el gobierno de Namibia. La capacitación formaba parte de la estrategia de la OMS para apoyar a las regiones y los países en el desarrollo de la capacidad institucional para el liderazgo y la capacitación en materia de salud adolescente.

Después del 2016 aumentó la capacitación para estudiantes de posgrado, y desde el 2018 existe un curso independiente de seis semanas sobre salud adolescente para residentes de segundo año que cursan el Máster en Pediatría y Salud Infantil, lo que supone un aumento significativo en comparación con las solo seis horas que se daban con anterioridad. El curso incluye conferencias, capacitación práctica y actividades de extensión. Los estudiantes de posgrado que rotan por el área de pediatría y salud infantil durante su estancia de seis semanas en la rotación de salud y medicina de la población adolescente tienen la oportunidad de realizar actividades de extensión escolar y atender a pacientes adolescentes, a fin de que ellos también se conviertan en defensores de la atención de salud de la población adolescente.

El siguiente paso en Uganda fue aumentar la disponibilidad de contenidos sobre salud adolescente en la educación y la capacitación previas al servicio. No fue un proceso sencillo. Como primer paso, en una evaluación de las necesidades y una revisión del plan de estudios de la licenciatura de Medicina y Cirugía se observó que los departamentos clave —como pediatría y salud infantil, enfermería, obstetricia y ginecología, y psiquiatría— asignaban un tiempo mínimo a los temas de salud adolescente. Esta conclusión sirvió de base para el siguiente paso, que fue la elaboración de un esquema exhaustivo de temas para un programa destinado a los capacitadores. Por último, la universidad llevó a cabo una capacitación del profesorado y de otros especialistas para mejorar su capacidad de impartir contenidos actualizados utilizando técnicas de educación interactivas. Se formó a quince capacitadores principales. El curso extracurricular de pregrado para estudiantes de medicina, que incluía 20 horas de formación sobre salud adolescente, se puso en marcha en junio del 2019. Desde entonces, más de 400 estudiantes, entre licenciados y másteres en pediatría, psiquiatría, obstetricia y ginecología y salud pública han recibido formación en salud adolescente.

Para dotar a los estudiantes universitarios y de posgrado de habilidades prácticas, el Friday Adolescent Clinic y sus asociados han organizado sesiones prácticas como parte de un evento bianual de desarrollo de habilidades en relación con la población adolescente. El Friday Adolescent Clinic abrió sus puertas en mayo del 2013 en el Mulago National Referral Hospital, que es el hospital docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Makerere. El consultorio funciona como un consultorio general para adolescentes, que ahora atiende a más de 8000 adolescentes y adultos jóvenes. Las sesiones de desarrollo de habilidades para adolescentes ofrecen una plataforma para que se reúnan, aprendan, compartan, se diviertan y adquieran habilidades para la vida que les permitan perseguir y alcanzar sus objetivos vitales. Al mismo tiempo, estas sesiones ofrecen a los alumnos del Máster en Pediatría y Salud Infantil la oportunidad de practicar el desarrollo de habilidades en la población adolescente.

Fuente: Informe interno de Sabrina BakeeraKitaka, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Makerere.

Estudio de caso 5.11

Ghana implanta una solución digital para medir la calidad de los servicios de salud para la población adolescente



© Valentina Baltag

Desde el 2015, los países utilizan las *Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes* elaboradas por la OMS y otras partes interesadas *(541)*. El objetivo de este documento es ayudar a los responsables de formular políticas y a los encargados de planificar los servicios de salud a mejorar la calidad de dichos servicios, de modo que la población adolescente tenga más facilidades para obtener los servicios de salud que necesitan. En colaboración con las partes interesadas, la OMS propuso ocho normas mundiales, que se centran en los conocimientos básicos en materia de salud adolescente, el apoyo de la comunidad, un paquete adecuado de servicios, las competencias de los prestadores, las características de los establecimientos, la participación de la población adolescente, la equidad y la ausencia de discriminación, y la mejora de los datos y de la calidad. El seguimiento periódico de la ejecución de las normas era un componente clave de este documento, pero requería encuestas prolongadas y costosas. En respuesta a esto, la OMS ha creado una plataforma web para hacer el seguimiento y evaluar digitalmente las normas nacionales de calidad. Ghana fue uno de los primeros países en probar la plataforma web. En el 2019, la OMS presentó la plataforma al Programa de Salud y Desarrollo Adolescentes del Servicio de Salud de Ghana. Para la prueba piloto se seleccionaron seis establecimientos de los distritos de Cape Coast Municipal y Abura Asebu Kwanmankese, en la región central.

El Servicio de Salud de Ghana proporcionó a las enfermeras escolares tabletas digitales con servicio de telefonía móvil y una conexión a Internet para facilitar el acceso regular a la aplicación web. Teniendo en cuenta la orientación de la *Guía AA-HA!* de ámbito mundial, el primer paso en la implantación de la plataforma web consistió en adaptar las normas mundiales de calidad de los servicios de salud al contexto nacional. A continuación se orientó a las partes interesadas respecto a la utilidad de la plataforma web. Los miembros del personal de los establecimientos, distritos y puntos focales nacionales participantes tuvieron acceso a sus respectivos paneles a través de cuentas de usuario específicas. Se celebraron sesiones de capacitación sobre salud y desarrollo adolescentes tanto para capacitadores como para prestadores de servicios. Los supervisores visitaron los establecimientos para apoyar y motivar al personal, así como para resolver cualquier problema en curso. Las reuniones de revisión a nivel de distrito y nacional proporcionaron información sobre la ejecución del proyecto.

Después de tres meses de ejecución del proyecto, seis centros tenían acceso a la plataforma web y habían recopilado información sobre la calidad de la atención de más de 3000 adolescentes y miembros del personal de salud. El personal había recibido una amplia capacitación sobre salud y desarrollo adolescentes y había adaptado el manual de usuario de la plataforma web al contexto local, incluyendo traducciones a las lenguas locales.

La evidencia y los comentarios de Ghana muestran que la ejecución de la plataforma web ya ha tenido un impacto positivo en el entorno de gestión a nivel de los establecimientos y a nivel distrital y nacional y, lo que es más importante, ha aumentado la concientización sobre las necesidades de salud específicas de la población adolescente tanto entre el personal de salud como en la propia población adolescente. Hasta la fecha, la ejecución del proyecto ha permitido mejorar la comunicación, aumentar las competencias profesionales y estandarizar herramientas y materiales —como términos de referencia y orientación—. Posteriormente, el país adoptó el uso de la plataforma, con el apoyo del UNFPA como parte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para las Adolescentes. El número de escuelas donde se aplicó se amplió a 12 en el 2020, a 28 en el 2021 y a 33 en el 2022 con el apoyo de la Oficina de Asuntos Exteriores, Commonwealth y Desarrollo del Reino Unido a través de la OMS. Los planes para el 2023 incluyen la mejora de la gestión de datos para la planificación, la toma de decisiones y la promoción de la causa, el suministro de material didáctico para mejorar la educación y el aprendizaje en materia de salud escolar, la sensibilización del personal y del alumnado de las escuelas de referencia y la capacitación de los prestadores de servicios sobre el uso de la plataforma.

Fuente: Informe interno de la Unidad de Salud de Adolescentes y Jóvenes de la OMS.

Estrategias de ejecución para garantizar que los servicios de salud y bienestar adolescentes sean de gran calidad

1. Desarrollar un entendimiento común de la salud adolescente y de la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud para la población adolescente en el contexto de los esfuerzos nacionales de mejora de la calidad *(534, 542)*.
2. Elaborar y aplicar normas nacionales de calidad y sistemas de seguimiento de acuerdo con las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes de la OMS y del ONUSIDA *(304)*. Situar las mejoras de la calidad fundamentadas en las normas dentro de los programas nacionales de salud y bienestar adolescentes *(543)*, si existen, o dentro de las plataformas nacionales generales para la mejora de la calidad. Como parte de la ejecución de las normas, empoderar a la población adolescente para que aumente sus expectativas respecto a los sistemas de salud *(11)*.
3. Implantar normas electrónicas para automatizar la recogida y el análisis de datos y utilizar tecnologías de la información para facilitar a los establecimientos las opiniones de la población adolescente.
4. Como parte de un programa robusto de mejora de la calidad, establecer incentivos (financieros y de otro tipo) basados en el desempeño para estimular la consecución de medidas de desempeño de la atención de salud de la población adolescente.
5. Establecer plataformas de aprendizaje locales, subnacionales y nacionales para la mejora de la calidad (véase el estudio de caso 5.12 de la República Democrática del Congo).
6. Aplicar modelos de transición de la atención pediátrica a la atención adulta para adolescentes con enfermedades crónicas que sean específicos de cada contexto y afección, a fin de garantizar la continuidad terapéutica, el mantenimiento de buenos resultados clínicos, así como la promoción de la autonomía, el empoderamiento y el bienestar de la población adolescente.

Desde la Declaración de AlmaAta de 1978, y con la confirmación posterior en la Declaración de Astana del 2018, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades se han reconocido como elementos centrales de la función de la atención primaria de salud *(545, 546)*. Sin embargo, a pesar del acuerdo generalizado y de larga data sobre el carácter central de la prevención en la agenda de salud pública, el sector de la salud sigue teniendo dificultades para incluir de forma significativa la prevención, ya que continúa centrándose más en abordar problemas de salud evidentes. Ello ha hecho que las intervenciones preventivas no se traduzcan en modelos viables de prestación de servicios *(547)*.

Esto está cambiando con la nueva atención que se presta a las consultas de niños y adolescentes sanos de ambos sexos, integradas en la atención primaria *(547)*. Estas visitas van más allá de las pruebas de tamizaje de afecciones comunes para integrar otras dimensiones del bienestar, mediante una evaluación más amplia de los riesgos sociales, el estado emocional y los recursos individuales y familiares, seguida de recomendaciones específicas para cada contexto (véase el recuadro 5.16) *(548)*.

Estrategias de ejecución para ampliar los modelos de prestación de servicios que maximizan la cobertura

1. Mejorar la capacidad de atención primaria y de atención a nivel de derivación para prestar servicios integrados centrados en la población adolescente. Por ejemplo, formar a los prestadores de servicios para que realicen una evaluación HEADSSS, utilizando herramientas de evaluación psicosocial previa a la visita *(549)* para detectar cualquier problema de salud y desarrollo que el adolescente o la adolescente no haya planteado (véase el recuadro 5.17).
2. Para garantizar la cobertura universal de salud, invertir en las consultas de niños y adolescentes sanos de ambos sexos para la promoción de la salud, la prevención, la orientación anticipatoria y las intervenciones asistenciales (véase el recuadro 5.16) *(548)*.

Estudio de caso 5.12

Mejora de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes en la República Democrática del Congo mediante el aprendizaje colaborativo



© OMS/Christopher Black

Kinshasa Armande*, de 19 años, recuerda su desastrosa primera visita a un centro de salud. "Fue horrible", dice esta adolescente de Congo Central, en el oeste de la República Democrática del Congo. "Entonces era más joven y buscaba información sobre el VIH, y la enfermera del centro se burló de mí delante de todos a causa de mi edad".

La población adolescente se enfrenta a toda una serie de problemas sociales y de salud: ITS, incluida la infección por el VIH, violencia sexual, embarazo temprano y no deseado y matrimonio temprano.

En la República Democrática del Congo, el gobierno está trabajando para proporcionar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad a adolescentes y jóvenes. Según el Plan Estratégico de Salud y Bienestar para Adolescentes y Jóvenes *(2021-2025)*, un tercio de la población tiene entre 10 y 24 años, pero se trata de una gran parte de la población que recibe poca atención de salud: solo el 17% de los jóvenes y adolescentes de ambos sexos utilizaron los servicios de salud en el 2021.

Para mejorar la calidad de los servicios, la OMS ha apoyado la ejecución de un innovador proyecto de aprendizaje colaborativo respaldado por el Fondo Mundial. Los prestadores de servicios colaboran para detectar los problemas comunes, analizarlos y proponer soluciones, al tiempo que refuerzan sus capacidades y desarrollan actitudes positivas, que después mejoran los servicios de salud prestados a la población adolescente.

"Los jóvenes y adolescentes de ambos sexos necesitan servicios a su medida", afirma Fidèle Mbadu Muanda, Directora del Programa Nacional de Salud Adolescente. "El aprendizaje colaborativo consiste en reforzar las capacidades y cambiar las actitudes de los prestadores de servicios. Hemos alineado las normas y políticas vinculadas a los servicios de salud orientados a adolescentes y jóvenes según la orientación de la OMS".

Además de proporcionar orientación técnica para el proyecto, la OMS apoyó la capacitación y el diseño de materiales de alta calidad para los prestadores de servicios.

El proyecto se puso en marcha durante el 2018 y el 2019, y abarcó seis distritos de las provincias de Kasai Occidental (MbujiMayi) y Kinshasa. Jeannette Mudipanu, enfermera del Centro Hospitalario Saint Clément de Makala que participó en una de las 32 sesiones, afirma que tuvo un cambio profundo de perspectiva.

"Es importante comprender a la persona", afirmó. "A partir de ahí, debemos tomarnos el tiempo necesario para escuchar, con paciencia y sin juzgar".

Actualmente, la asistencia a adolescentes y jóvenes ha aumentado en Saint Clément: cerca de 600 adolescentes visitaron el centro entre julio y diciembre del 2020, frente a los 280 del mismo período del año anterior. Según las entrevistas de salida, el índice de satisfacción con los servicios recibidos fue del 100%.

Basándose en el éxito inicial y en las enseñanzas aprendidas en los seis distritos piloto, el proyecto pretende ahora ampliar el enfoque de aprendizaje colaborativo a 25 zonas de cinco provincias.

** No es su verdadero nombre.*

Fuente: Adaptado de OMS, 2022 *(544)*.

3. Implantar servicios de salud escolar integrales (basados en la escuela y vinculados a la escuela) y sus vínculos con el sistema de atención de salud, y reforzarlos, para facilitar el acceso de la población adolescente a los servicios preventivos y manejar con prontitud los problemas de salud manifiestos *(14)* (véase el recuadro 5.15). (Véase también el menú de intervenciones de los servicios de salud escolar en las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar [14]).
4. Invertir en consultas de telemedicina para adolescentes, a fin de resolver los problemas de distancia y acceso y aprovechar otras ventajas (véase el recuadro 5.18), mediante la creación de un servicio de teleconsulta, integrado y alineado con la visión nacional respecto a la telemedicina *(550)*.
5. Explorar el potencial de las plataformas digitales y de comunicación de masas, como la radio, la televisión, los teléfonos móviles e Internet, para proporcionar información a través de redes sociales y medios digitales, líneas de ayuda, mensajes de texto para la educación de salud y recordatorios de citas y recetas en línea. Véase, por ejemplo, la aplicación de la OMS para la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV), que proporciona acceso a directrices y recursos actualizados sobre la CMMV para la prevención de la infección por el VIH. La aplicación agiliza y facilita la consulta de la orientación en teléfonos inteligentes y tabletas, en línea o no, en cualquier lugar y en cualquier momento *(551)*. Otros ejemplos son los manuales de la OMS MyopiaED y mSafeListening, que son conjuntos de herramientas para ayudar a los responsables de la formulación de políticas, los encargados de la toma de decisiones y los responsables de la ejecución a establecer programas nacionales u otros programas a gran escala de prevención de la miopía y de la pérdida de audición, desarrollados en una plataforma tecnológica de telefonía inteligente *(552, 553)*.

   Durante la pandemia de COVID-19, muchos países pusieron en marcha servicios a distancia para proporcionar, por ejemplo, educación sexual integral. Estos servicios tienen mucho que aportar más allá del contexto de una pandemia *(554)*.
6. Realizar evaluaciones periódicas de los servicios prestados a través de la tecnología digital y los teléfonos móviles antes de ampliarlos o de sustituir los modelos de atención actuales. Mediante estas evaluaciones se pueden determinar los efectos sobre los resultados, los procesos asistenciales, el costo y la equidad, así como los efectos, tanto beneficiosos como perjudiciales, para todo el sistema (p. ej., reducciones de la atención presencial necesaria) *(11)*.
7. Invertir en "pacientes adolescentes activados", lo que se define como contar con "las habilidades y la confianza que capacitan a los pacientes para participar activamente en su atención de salud" *(11)*. Desarrollar habilidades de autocuidado para adolescentes embarazadas y adolescentes de ambos sexos con infección por el VIH u otras afecciones crónicas de salud física o mental, como parte de programas de salud escolar y de otro tipo, prestando atención a la coordinación con los servicios existentes, un contexto sociopolítico local de apoyo y un entorno propicio *(15)*.
8. Involucrar a los agentes de salud comunitarios para que pongan la educación de salud y los servicios de salud al alcance de los adolescentes de ambos sexos, especialmente de quienes no asisten a la escuela.
9. Establecer mecanismos nacionales y subnacionales para la participación formal de las ONG en la prestación de servicios en nombre del gobierno para fortalecer las plataformas comunitarias para la prestación de servicios y llegar a poblaciones de adolescentes subatendidas en coordinación con otros prestadores de atención de salud.

Recuadro 5.15 Los servicios de salud escolar en el punto de mira

¿Qué son los servicios de salud escolar?

Los servicios de salud escolar son servicios de salud y bienestar prestados por profesionales a alumnos y alumnas sanos o con enfermedades crónicas matriculados en centros educativos *(555)*. Los programas de servicios de salud escolar llevan decenios funcionando en muchos países *(556)*.

¿Cuáles son los beneficios de los servicios de salud escolar?

La escuela, con al menos el 90% de los niños y las niñas escolarizados en primaria y más del 50% en secundaria, es la institución que más contacto tiene con adolescentes y niños de ambos sexos *(557)*. Las escuelas, por tanto, ofrecen una plataforma única para la prestación de servicios de salud y bienestar. La asistencia generalizada también hace de las escuelas una oportunidad única para llegar a grupos de población desatendidos, de ingresos bajos y de alto riesgo, abordando así algunas de las desigualdades en materia de salud y bienestar durante la adolescencia.

¿Qué servicios ofrecen los servicios de salud escolar?

En los Recursos Efectivos en Salud Escolar (RESE): un enfoque nuevo para mejorar la calidad y la equidad educativa, un marco de las Naciones Unidas que promueve políticas escolares relacionadas con la salud, se enumeran el suministro de agua potable y saneamiento, la educación para la salud basada en las aptitudes y los servicios de salud y nutrición en las escuelas como los cuatro pilares de los servicios de salud escolar *(558)*. También se incluyen otras cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar, como la salud bucodental y la malaria, en función de las necesidades locales.

Recuadro 5.16. ¿Qué es una consulta de adolescentes sanos y cuál es su valor añadido?

Una consulta de adolescentes sanos es un encuentro apoyado por el sistema (p. ej., garantizado en el paquete básico de prestaciones) o iniciado por el sistema (es decir, programado) entre un adolescente o una adolescente y uno o varios prestadores de atención de salud a una edad preestablecida (p. ej., a los 10 y a los 15 años). Estas consultas permiten que el profesional o el equipo de salud examinen al adolescente o la adolescente de forma holística, evalúen sus necesidades físicas y emocionales, apoyen su crecimiento y desarrollo e intervengan rápidamente si surge algún problema.

Estas consultas están muy arraigadas durante el embarazo y en el caso de los niños y las niñas de menor edad, pero son menos frecuentes en la población adolescente. Aunque muchos países realizan chequeos sistemáticos, normalmente como parte de los servicios de salud escolar, solo unos pocos utilizan estos contactos en las coyunturas críticas de la vida de los adolescentes de ambos sexos para ir más allá del tamizaje hacia un enfoque más holístico del bienestar, que incluye la evaluación psicosocial y la orientación anticipatoria sobre problemas que probablemente surjan en un futuro próximo *(559)*.

Los servicios prestados durante la consulta para adolescentes sanos abarcan:

- evaluaciones de la salud y del desarrollo;
- una evaluación psicosocial del adolescente o de la adolescente, su entorno y sus necesidades, así como los puntos fuertes y las necesidades de la familia;
- intervenciones breves y derivación a servicios en respuesta a problemas detectados;
- orientación anticipatoria basada en la etapa de desarrollo del adolescente o de la adolescente.

Actualmente la OMS está generando evidencia sobre la viabilidad y eficacia de estas visitas en los países de ingresos bajos y medianos.

Fuente: OMS, en prensa *(548)*.

Recuadro 5.17. La promesa de las evaluaciones psicosociales de varios dominios antes de la consulta

¿Qué es una evaluación psicosocial previa a la consulta?

Una evaluación psicosocial previa a la consulta es una autoevaluación, mediante un cuestionario, que rellena el usuario o la usuaria adolescente antes del contacto previsto con un profesional (de salud, educativo o de servicios sociales). La evaluación se realiza para detectar y priorizar cuestiones potencialmente problemáticas, más allá de la afección que presenta, que de otro modo el adolescente o la adolescente normalmente no habría pensado plantear, lo que hace que las consultas sean más holísticas. La evaluación psicosocial aumenta la posibilidad de detectar precozmente los problemas de salud y bienestar e intervenir a tiempo, mejorando así el pronóstico. Esto es especialmente importante porque durante la adolescencia hay una gran carga de problemas psicosociales, comportamientos de riesgo y la correspondiente carga de morbilidad en etapas posteriores de la vida.

¿Qué ventajas tiene realizar evaluaciones psicosociales de varios dominios antes de la consulta?

Las evaluaciones psicosociales se recomiendan como práctica sistemática durante cada consulta. Sin embargo, a menudo los prestadores de servicios no disponen de tiempo suficiente ni de herramientas validadas para realizarlas. Llevar la evaluación fuera de la consulta tiene varias ventajas.

La autoadministración permite una notificación más completa y facilita las intervenciones oportunas para temas delicados, entre los que se encuentran, durante la adolescencia, los desafíos emergentes en materia de salud sexual y reproductiva. Da al profesional más tiempo para centrarse durante la consulta en los problemas detectados y realizar intervenciones breves sobre el terreno. Como alternativa, los prestadores de servicios pueden organizar una derivación, según proceda.

¿Qué herramientas existen para facilitar la evaluación psicosocial antes de la consulta?

En una revisión sistemática reciente *(549)* se ha publicado una perspectiva general de las herramientas de evaluación psicosocial de diversos dominios antes de la consulta. Los ámbitos de la salud y el bienestar que se incluyeron con más frecuencia fueron **h**ogar, **e**ducación, **a**ctividades o empleo, **d**rogas, pensamiento **s**uicida, **s**exualidad y **s**eguridad (designados, en conjunto, por el acrónimo HEADSSS). Estas herramientas han demostrado ser aceptables para la población adolescente y pueden detectar problemas de salud y bienestar, así como las evaluaciones realizadas por el profesional. Su facilidad de despliegue y su utilidad permiten un amplio acceso de la población adolescente, lo que abre la posibilidad de intervenir en favor de los adolescentes de ambos sexos en entornos donde el tiempo de los prestadores de servicios es limitado. Las versiones digitales de las herramientas —que cumplimentan los adolescentes de ambos sexos y ofrecen resultados inmediatos a los prestadores de servicios— tienen otras ventajas.

Hacer visibles en el sistema de información sobre gestión sanitaria los datos sobre adolescentes desglosados por edad y sexo

En el capítulo 6 se describen los enfoques de medición, seguimiento, evaluación e investigación sobre la salud y el bienestar adolescentes en todos los dominios del bienestar y en todos los tipos de programas. En esta sección solo se tratan las medidas adoptadas por el sector de la salud.

Los sistemas nacionales de información sobre gestión de salud rara vez facilitan datos específicos sobre la población adolescente. Incluso cuando se recopilan estos datos en el nivel de los establecimientos, los datos notificados suelen combinarse con datos de otros grupos etarios al pasar al nivel distrital o nacional. No es habitual que haya datos sobre adolescentes desglosados por edad y sexo en los países que más los necesitan, es decir, los que tienen grandes poblaciones adolescentes, elevadas cargas de morbilidad en la adolescencia e infraestructuras relativamente débiles. Por el contrario, los datos se suelen recopilar de tal forma que invisibilizan las experiencias particulares de cada adolescente, por ejemplo, al utilizar franjas etarias de 514 años, 1524 años y 1549 años *(376)*.

Hay otros puntos débiles aparte del desglose por edad y sexo. Los datos sobre adolescentes jóvenes (1014 años) proceden en su mayoría de sistemas de recopilación de datos escolares que tienen una utilidad limitada cuando el absentismo es alto y la retención, baja. Los programas deben examinar todos los sistemas nacionales para la recopilación de datos de salud y encontrar mecanismos para incorporar el énfasis en la población adolescente, incluida la de menor edad y la no escolarizada. Lo ideal sería disponer de algunos datos desglosados por sexo y franjas etarias de cinco años para todo el período de vida.

Recuadro 5.18. La promesa de las teleconsultas

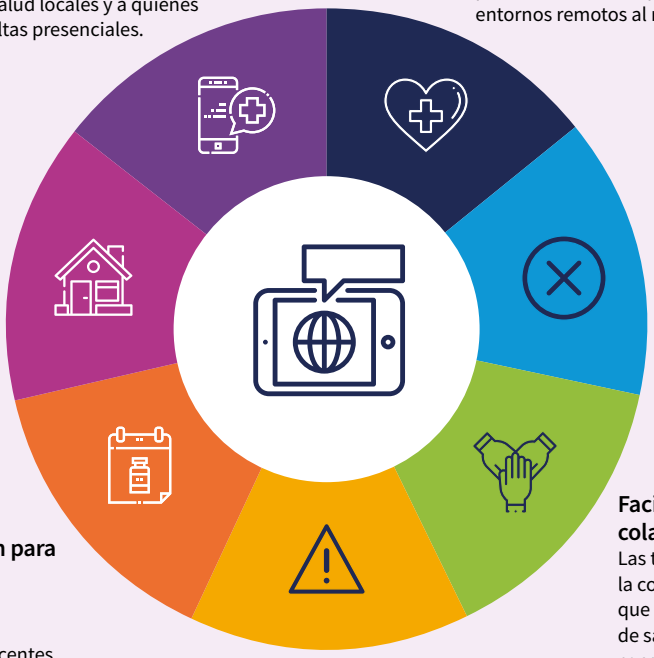
La teleconsulta es el uso de tecnologías de información y comunicación por parte de un profesional para prestar servicios de salud y bienestar a un usuario o una usuaria que se encuentra a distancia. Las principales ventajas de la teleconsulta se resumen en la figura 5.11.

Las teleconsultas con adolescentes requieren que los profesionales conozcan y den cabida a las condiciones necesarias para garantizar los derechos de la población adolescente a la autonomía, la participación, la seguridad, la información adecuada para su desarrollo y la confidencialidad. Los profesionales también deben tener en cuenta la capacidad, a veces limitada, de los adolescentes de ambos sexos para comunicarse o participar eficazmente, así como cuestiones biológicas o relacionadas con la enfermedad, como la posibilidad de que el estado de la persona se deteriore rápidamente. Una directriz detallada de la OMS apoya la planificación y realización de teleconsultas con niños y adolescentes de ambos sexos *(550)*.

Figura 5.11. Posibles ventajas y beneficios de las teleconsultas

Mayor acceso a la atención de salud
Mediante las teleconsultas se puede prestar atención de salud a personas que viven en regiones sin servicios de salud locales y a quienes no pueden acudir a consultas presenciales.

Mejora de la retención de la fuerza laboral
Las teleconsultas pueden favorecer la permanencia de los profesionales de la salud en entornos remotos al reducir el tiempo y los costos.



Marco contextual para la evaluación
Las teleconsultas en el domicilio de niños y adolescentes de ambos sexos implican que las evaluaciones se realizan en un entorno natural para ellos o ellas.

Reducción de la estigmatización
Las teleconsultas pueden reducir la estigmatización que pueden sufrir los adolescentes de ambos sexos, por ejemplo cuando acceden a servicios de salud mental o sexual.

Flexibilidad en la atención para enfermedades crónicas
Las teleconsultas pueden complementar las consultas presenciales de niños y adolescentes de ambos sexos que presentan enfermedades crónicas y complejas.

Facilitación de la colaboración profesional
Las teleconsultas pueden mejorar la colaboración profesional, ya que varios miembros del equipo de salud pueden asistir a una consulta o reunirse para planificar la atención.

Reducción del riesgo de infección
Las teleconsultas reducen la necesidad de que niños y adolescentes vulnerables de ambos sexos acudan a entornos clínicos donde pueden estar expuestos al riesgo de infecciones cruzadas.

Fuente: OMS, 2021 *(550)*.

Estrategias de ejecución para sistemas de gestión e información de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente

1. Determinar cuáles son los puntos débiles de los sistemas nacionales de recopilación de datos y corregirlos, realizando un examen de las fuentes y los mecanismos de recopilación de datos de indicadores de impacto, resultados intermedios, resultados inmediatos, procesos e insumos (véase el capítulo 6).
2. Mejorar la capacidad de los institutos de estadística de ámbito nacional y subnacional para que informen periódicamente sobre la salud, el desarrollo y el bienestar adolescentes. Como mínimo, los datos deben desglosarse por edad y por sexo y, siempre que sea posible, deben incluirse otras variables de estratificación pertinentes, como la discapacidad, el nivel de educación o la residencia en un entorno rural o urbano. Garantizar que esta información sea fácilmente consultable.
3. Adoptar enfoques de seguimiento participativo para implicar a los propios adolescentes de ambos sexos en el diseño de sistemas de seguimiento y evaluación que recojan sus puntos de vista (p. ej., sobre la calidad de los servicios y la ejecución de las políticas) y garantizar que haya mecanismos para escuchar las voces de la población adolescente de 10 a 14 años.
4. Asegurarse de que los formularios de recopilación y notificación de datos a nivel institucional permitan prestar atención específica a la población adolescente (incluida la de menor edad), a la utilización de los servicios por causas específicas y a la calidad de la atención *(561)*.
5. Velar por que los informes distritales y nacionales tengan en cuenta a la población adolescente, incluida la utilización de los servicios por causas específicas y la calidad de la atención.
6. Desarrollar la capacidad nacional de realizar encuestas estandarizadas sobre los principales comportamientos y determinantes sociales de la población adolescente y llevar a cabo tales encuestas a intervalos regulares. Algunos ejemplos son la Encuesta Mundial de Salud Escolar *(562)*, la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes *(563)* y el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud *(564)*.
7. Garantizar que los sistemas de recogida de datos abarquen a los adolescentes de ambos sexos sin escolarizar.
8. Desarrollar la capacidad nacional de realizar encuestas normalizadas para hacer el seguimiento de los insumos, los procesos y los resultados de los programas nacionales de salud escolar, por ejemplo, la Encuesta Mundial sobre Políticas y Prácticas de Salud Escolar *(565)*. Llevar a cabo estas encuestas con regularidad.
9. Aumentar la disponibilidad de datos e información desglosados para exponer las inequidades. Utilizar los datos para planificar medidas correctoras.
10. Fortalecer la capacidad de realizar investigaciones cualitativas para entender las causas subyacentes de las tendencias observadas (p. ej., en comportamientos relacionados con la salud o la utilización de servicios).
11. Sintetizar y difundir la base de evidencia para la acción.

5.3.2 Educación

¿Por qué son importantes las medidas del sector de la educación para el bienestar adolescente?

La buena salud, la nutrición y el bienestar son esenciales para maximizar el potencial educativo. Los niños y adolescentes de ambos sexos sanos, bien alimentados y felices aprenden mejor y tienen más probabilidad de llevar una vida sana y plena. El sector de la educación se encuentra en una buena posición para aprovechar este potencial *(9, 566)*:

- El progreso mundial en la escolarización primaria y secundaria desde el año 2000 ofrece una oportunidad sin precedentes para llegar a muchos más adolescentes de ambos sexos con información y servicios esenciales.
- El alumnado pasa una media de 7 590 horas en el aula a lo largo de 8 a 10 años durante la educación primaria y el primer ciclo de secundaria. Este contacto prolongado ofrece oportunidades para que los centros escolares contribuyan a mejorar la salud y el bienestar de diversas maneras: garantizando comidas escolares saludables y estableciendo normas para los alimentos y bebidas en las escuelas; facilitando un entorno físico y social inclusivo y que fomente la salud; velando por que ningún estudiante sufra violencia ni discriminación; ayudando a los adolescentes de ambos sexos a desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales que favorezcan los comportamientos alimentarios saludables y sostenibles.
- Más allá de la promoción de la salud, las escuelas pueden poner al alumnado en contacto con los servicios de salud cuando lo necesite.

El sistema escolar representa una plataforma excepcionalmente costoeficaz para tal inversión. (Véase el recuadro 5.7 sobre la inversión en programas de salud y nutrición escolar).

Sin embargo, la promoción de la salud aún no está plenamente integrada en los sistemas educativos. Por ello, la OMS, la UNESCO, el UNICEF y otros organismos promueven una visión de la educación en la que las escuelas y la comunidad educativa en general deben transformarse para responder mejor a las necesidades de salud de los estudiantes y garantizar que se satisfagan sus derechos a la salud y al bienestar *(9, 566)*. La OMS y la UNESCO han elaborado normas mundiales para escuelas promotoras de la salud (EPS) que proporcionan un marco para ayudar a los gobiernos a integrar el desarrollo y la nutrición saludables en los sistemas educativos *(8)*.

Estudio de caso 5.13

Francia garantiza la formación basada en competencias de profesionales médicos de salud escolar



© OMS/NOOR/Olga Kravets

La salud escolar francesa se conceptualiza en los siguientes componentes complementarios destinados a hacer de la escuela un entorno promotor de la salud: **educación** (aptitudes para la vida, competencias disciplinarias), prevención de riesgos (p. ej., conductas adictivas, sedentarismo), **protección** y **servicio** (consultas, chequeos). Se espera que todo el personal escolar contribuya a esta dinámica de promoción de la salud, incluidos los médicos y las médicas escolares.

En Francia, como en otros países de la Unión Europea *(555)*, las tareas de los médicos y las médicas escolares son numerosas, pero pueden resumirse en tres bloques principales:

- **enfoque individual** de la salud del alumnado: revisiones obligatorias en momentos determinados (a los niños y niñas de 6 años para detectar trastornos del aprendizaje, al comenzar la educación secundaria y a los alumnos y alumnas de 16 a 18 años de centros de formación profesional para evaluar su aptitud para participar en tareas reglamentadas prohibidas a menores) y, en cualquier momento, intervenciones para el alumnado con necesidades especiales o para situaciones preocupantes (principalmente relacionadas con la protección infantil y adolescente);
- **enfoque poblacional** de la salud del alumnado: educación de salud, seguimiento del entorno escolar, capacitación del personal en materia de salud y bienestar adolescentes, y recopilación de datos sobre la salud del alumnado;
- **manejo de las emergencias de salud** en la comunidad escolar: eventos potencialmente traumáticos, enfermedades transmisibles.

Desde 1991, los médicos y las médicas escolares de Francia dependen del Ministerio de Educación. Las leyes que rigen su capacitación se revisaron por última vez en el 2007. Los médicos y las médicas escolares se licencian en medicina y luego deben aprobar una oposición. La Escuela de Altos Estudios en Salud Pública (École des hautes études en santé publique) imparte capacitación obligatoria a quienes aprueban la oposición, en coordinación con el Ministerio de Educación. Tras una entrevista en la que se analiza la especialidad del candidato o la candidata (normalmente medicina general, pediatría o salud pública), su trayectoria profesional previa y su titulación, se propone un programa de capacitación individualizado de 8 a 16 semanas. Al margen de las semanas de formación, los médicos y las médicas trabajan de forma autónoma en las escuelas bajo la supervisión de mentores con experiencia.

Dirige la formación un médico o una médica escolar que es investigador o investigadora superior en salud pública. El consejo de desarrollo, que se reúne tres veces al año, vela por la calidad de la organización y el contenido de los cursos. Este consejo también recaba regularmente la opinión de quienes reciben la capacitación.

En los últimos 15 años, esta capacitación se ha revisado para adaptarla a las 10 competencias básicas que se esperan de los médicos y las médicas escolares (figura 5.12) y para mejorar su pertinencia en un entorno laboral en rápida evolución. Las competencias son específicas y complementarias, sin orden jerárquico. Son específicas de los médicos y las médicas con colegiación y no se enseñan como tales en las facultades de medicina.

Durante la capacitación, 10 módulos fomentan estas competencias mediante la combinación de la educación académica interactiva presencial, el aprendizaje a distancia y el desarrollo de habilidades pragmáticas y profesionales (figura 5.13).

Francia, como otros países, se enfrenta a una escasez de médicos. Esto hace aún más crucial el papel de los servicios de salud escolar, que ocupan una posición única en la intersección del sistema de salud y el educativo. Es importante que la capacitación de los médicos y las médicas escolares los prepare para que su paradigma de trabajo pase de la curación a la prevención, de los entornos clínicos a la escuela como entorno de salud y de una perspectiva individual a una colectiva. En el sistema francés, los médicos y las médicas escolares son fundamentales para garantizar que las escuelas adopten una verdadera perspectiva de promoción de la salud y luchen contra las desigualdades en materia de salud. Esto redunda en el beneficio para la salud —y, por tanto, en el éxito del aprendizaje— de todo el alumnado.

Estudio de caso 5.13 (continuación)

Figura 5.12. Las 10 competencias básicas de los médicos y las médicas escolares franceses

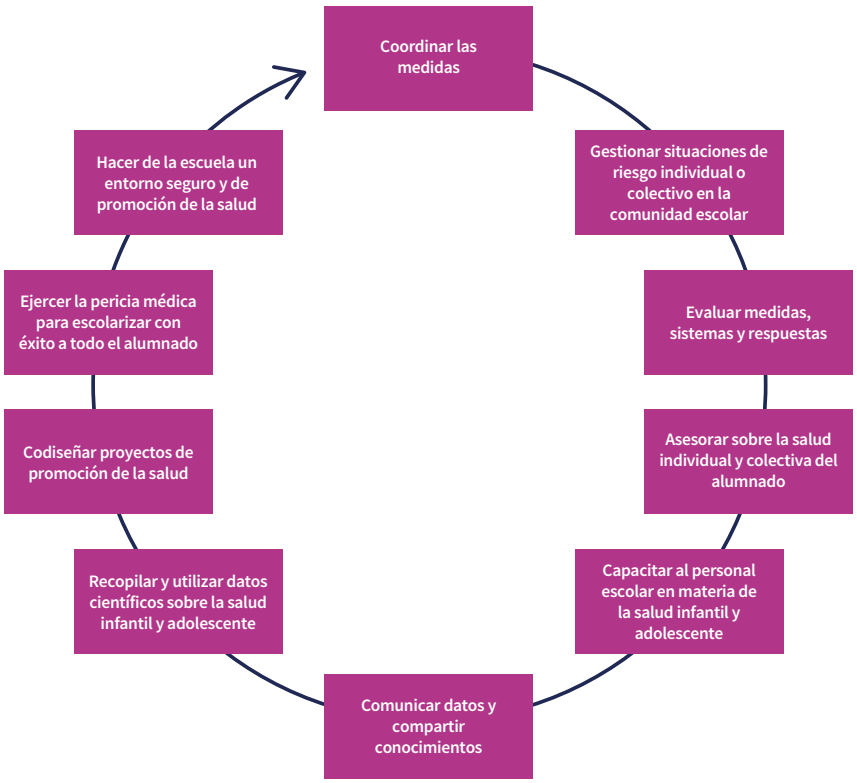
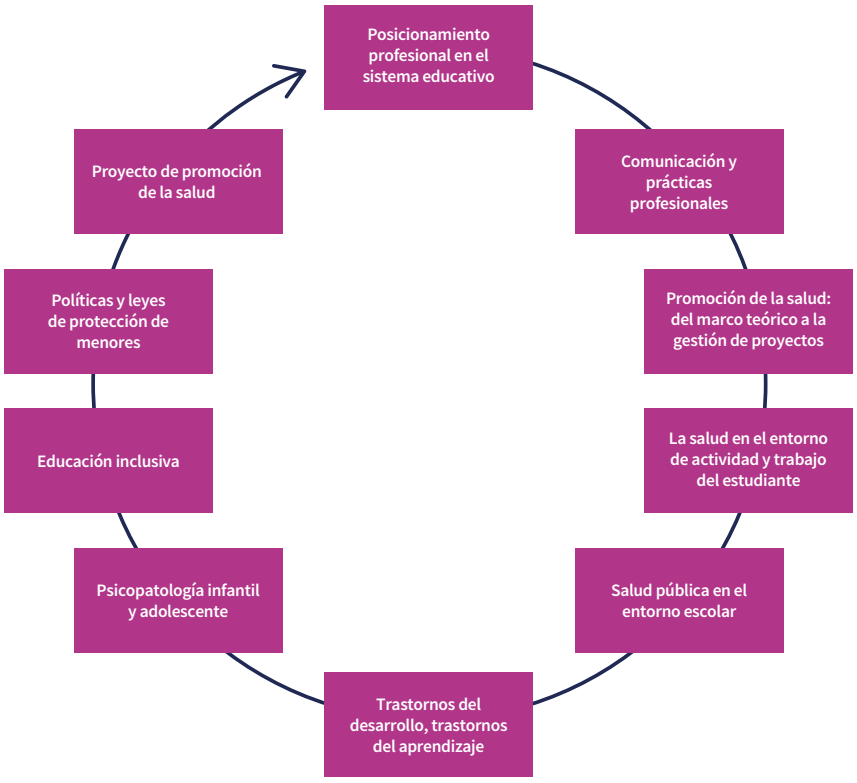


Figura 5.13. Los 10 módulos complementarios de la capacitación de los médicos y las médicas escolares franceses



Fuente: Informe interno de Emmanuelle Godeau del Departamento de Ciencias Humanas y Sociales de la Escuela de Altos Estudios en Salud Pública.

Estrategias de ejecución para fortalecer el papel del sector educativo en la salud y el bienestar adolescentes

1. **Reforzar la coordinación intersectorial entre el gobierno y las partes interesadas.**

Establecer estructuras y procesos para facilitar y poner en práctica la comunicación y la coordinación en todos los sectores (educación, salud, servicios sociales y agricultura), departamentos gubernamentales locales y nacionales y asociados para el desarrollo pertinentes y entre ellos. Crear un comité con una estructura, funciones y responsabilidades claras para las EPS que represente a las principales partes interesadas.

2. **Elaborar o actualizar la política de salud escolar.**

Revisar y actualizar las políticas, las estrategias y los planes existentes en materia de salud y bienestar escolares, siguiendo un proceso consultivo sistemático con múltiples partes interesadas para determinar, definir y priorizar las necesidades en materia de salud y educación y establecer metas, incluida la forma en que las EPS pueden abordarlas.

3. **Fortalecer las prácticas de liderazgo y gobernanza escolares.**

Definir y aplicar un modelo inclusivo de liderazgo escolar para las EPS y una estructura de gobernanza con representantes del alumnado, la dirección de la escuela, la comunidad y el gobierno subnacional y nacional.

4. **Asignar recursos.**

Establecer mecanismos para el financiamiento previsible y sostenible de los programas de salud escolar.

- Determinar qué recursos nacionales pueden dedicarse a apoyar el financiamiento a largo plazo y previsible de los programas de salud escolar.
- Maximizar las inversiones utilizando los recursos disponibles, incluido el personal, la información y las infraestructuras, y aprovechando las sinergias entre diversos proyectos.
- Introducir flexibilidad en el uso de fondos nacionales destinados a la promoción de la salud a través de subvenciones y otros mecanismos a los que puedan acceder las escuelas en función de sus necesidades y contextos.

5. **Utilizar prácticas basadas en la evidencia.**

Generar evidencia específica del contexto que sirva de base para el diseño inicial, la actualización continua y el seguimiento y la evaluación de todas las actividades de las EPS. Apoyar una cultura de generación e intercambio de evidencia facilitando de forma sistemática la investigación y la evaluación de las actividades de las EPS y estableciendo comunidades de prácticas o redes de intercambio de información para las comunidades escolares y las partes interesadas.

6. **Fortalecer las asociaciones entre la escuela y la comunidad.**

Mantener una asociación activa entre la escuela y la comunidad (p. ej., miembros de la comunidad, empresas locales, servicios de salud), con funciones, responsabilidades y rendición de cuentas formales, bien documentadas y revisadas periódicamente sobre las contribuciones a las actividades de colaboración.

7. **Invertir en infraestructura escolar.**

Establecer requisitos nacionales en materia de infraestructuras para el mantenimiento de entornos escolares físicos y socioemocionales en consonancia con las directrices internacionales. Apoyar al gobierno local, a los líderes y a las comunidades escolares en el mantenimiento y la mejora de las infraestructuras existentes para cumplir los requisitos.

8. **Elaborar el plan de estudios y los recursos vinculados y garantizar su aplicación.**

Desarrollar, examinar y aplicar el plan de estudios (incluidos los contenidos y los aspectos pedagógicos) y los recursos asociados (p. ej., herramientas de evaluación, ejemplos de planes de clases, material audiovisual) para promover la salud y el bienestar en todas las áreas temáticas.

9. **Garantizar la inclusión de la salud y del bienestar en la capacitación del profesorado y el aprendizaje profesional.**

Velar por la inclusión de la salud y del bienestar del alumnado y de los principios de las EPS en la formación del profesorado previa al servicio, en el aprendizaje profesional del profesorado en ejercicio y en las normas y la certificación de los docentes graduados y en ejercicio.

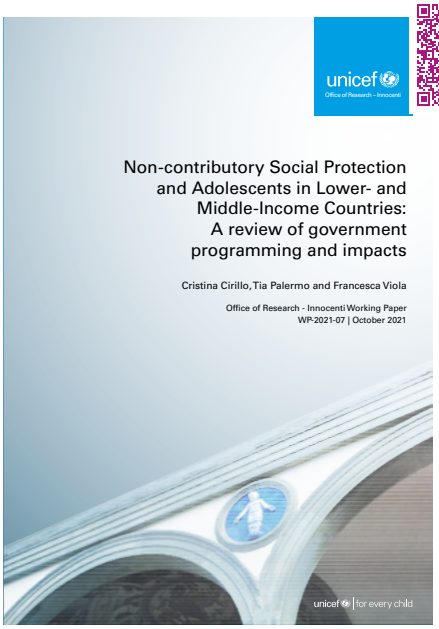
10. **Garantizar el acceso a servicios de salud escolar integrales.**

Prestar servicios de salud escolar integrales en consonancia con las directrices de la OMS *(14)*, sobre la base de un acuerdo formal entre las escuelas (o los departamentos de educación locales) y los prestadores de servicios de salud. Garantizar la formación y el desarrollo profesionales del personal de salud escolar basados en las competencias (véase el estudio de caso 5.13 de Francia).

11. **Hacer partícipe al alumnado.**

Incluir al alumnado en los consejos escolares y las juntas de gobierno y en los equipos de diseño de salud escolar y de EPS, junto con progenitores, cuidadores y miembros de la comunidad local, y propiciar la igualdad de oportunidades para que todos los estudiantes participen de forma ética y significativa en la gobernanza, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas de salud escolar y de EPS.

Banco de recursos sobre protección social para adolescentes



Fuente: UNICEF, 2021 *(30)*.



Fuente: ONU-Mujeres, 2019 *(22)*.

Estudio de caso 5.14

Iniciativa para niñas y adolescentes en Kenya



© OMS/NOOR/Sebastian Liste

La Adolescent Girls Initiative Kenya (AGI–K) investigó el efecto de las intervenciones "cashplus" multisectoriales dirigidas a la comunidad y los hogares, combinadas con intervenciones en los sectores de la educación, la salud y la creación de riqueza, sobre los resultados en materia de fecundidad, salud sexual y reproductiva y educación. En este estudio se asignó aleatoriamente a 2075 niñas y adolescentes de 11 a 14 años a alguno de estos cuatro paquetes de intervención:

- diálogos comunitarios sobre las normas de género desiguales y sus consecuencias (prevención de la violencia);
- prevención de la violencia y transferencias de dinero en efectivo condicionadas a la escolarización de las niñas y las adolescentes (educación);
- prevención de la violencia, educación y capacitación en materia de salud y de habilidades para la vida (salud);
- prevención de la violencia, educación, salud, capacitación en conocimientos financieros básicos y actividades de ahorro (riqueza).

Las intervenciones se llevaron a cabo entre el 2015 y el 2017, y se realizó el seguimiento de las participantes hasta el 2019. Las variables principales de valoración fueron la fecundidad (haber tenido en alguna ocasión relaciones sexuales o algún embarazo o parto) y la infección por el VHS2. Las variables secundarias de valoración fueron la prevención de la violencia, la educación, los conocimientos en materia de salud y la creación de riqueza.

El estudio demostró que las intervenciones "cashplus" multisectoriales para la comunidad y el hogar, combinadas con intervenciones en los sectores de la educación, la salud y la creación de riqueza, beneficiaron directamente a las niñas en la adolescencia temprana y reforzaron los factores de protección frente al embarazo en esta etapa de la vida. Por lo tanto, estas intervenciones pueden tener efectos beneficiosos sobre la salud y los resultados económicos a largo plazo de las adolescentes que viven en entornos empobrecidos.

Fuente: ONU-Mujeres, 2019 *(22)*.

12. **Hacer partícipes a los progenitores, los cuidadores y la comunidad.**

Incluir a los progenitores, cuidadores y representantes de la comunidad local en el consejo escolar o la junta de gobierno, y también en los equipos de diseño de las EPS. Propiciar la igualdad de oportunidades para que progenitores, cuidadores y miembros de la comunidad local tengan una participación significativa en la gobernanza, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas de salud escolar y de EPS.

13. **Hacer el seguimiento y evaluar.**

Diseñar, desarrollar y compartir prácticas y herramientas para enfoques locales, subnacionales y nacionales de recopilación, almacenamiento y análisis de datos, generación de informes, difusión de hallazgos y adaptación de los programas de salud escolar y EPS en consecuencia. Invertir en actividades de desarrollo de capacidades en materia de seguimiento, evaluación y mejora de la calidad para todas las personas implicadas en el diseño, la planificación, la puesta en marcha y el seguimiento de las EPS.

Las estrategias de ejecución para cada una de estas 13 áreas de ejecución se describen con más detalle en la orientación sobre ejecución de las normas mundiales para las EPS *(8)*.

5.3.3 Protección social

¿Por qué son importantes las medidas del sector de la protección social para la salud y el bienestar adolescentes?

Las transferencias sociales dirigidas por el gobierno tienen efectos positivos y significativos en la asistencia y la matriculación escolares, así como en la seguridad alimentaria y la nutrición de la población adolescente. También tienen un efecto de protección y negativo frente al trabajo no remunerado, así como el potencial de retrasar el inicio de las relaciones sexuales y reducir la prevalencia de múltiples parejas sexuales. Dependiendo del contexto, tienen un efecto protector a corto plazo frente al matrimonio temprano, con un aumento de la edad para contraer matrimonio, una reducción de la migración para casarse y un efecto positivo en los resultados de salud mental *(17, 22, 30)*.

Estrategias de ejecución para la protección social

1. Aumentar la cobertura de la protección social general y de la lucha contra la pobreza para que tengan cobertura más adolescentes de hogares pobres y vulnerables.
2. Ampliar la cobertura para incluir a la población adolescente, por ejemplo, aumentando los límites de edad para poder optar a las ayudas por hijos. Mejorar la capacidad de respuesta de los programas de protección social de la población adolescente estudiando cómo adaptar los calendarios y las modalidades de pago para mejorar sus resultados.
3. Fortalecer los programas de registro civil para garantizar que los adolescentes de ambos sexos dispongan de documentos de identidad legales para solicitar las prestaciones a las que tienen derecho.
4. Diseñar componentes de programas para responder a las vulnerabilidades específicas de la población adolescente, a saber:
   - aumentar los importes de las transferencias a los hogares con adolescentes para compensar los costos de oportunidad de asistir a la escuela;
   - fortalecer los vínculos entre los servicios de protección social y los de salud para abordar las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y prevenir las ITS y la maternidad adolescente, entre otras cosas mediante la capacitación de los prestadores (para que los servicios se adapten más a la población adolescente), la exención de primas para la inscripción en planes de seguro de salud y la mejora del acceso a la información sobre los servicios disponibles;
   - fortalecer los vínculos entre los servicios de protección social y los servicios de salud, a través, por ejemplo, del manejo de los casos, gracias al cual los trabajadores sociales pueden determinar las necesidades de salud y bienestar de cada adolescente y conectarlo con los servicios.
5. Implantar programas de transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas que creen incentivos para aumentar comportamientos específicos de promoción de la salud (p. ej., nutrición, asistencia a la escuela, revisiones médicas y vacunaciones). Hacer que los pagos de transferencias monetarias sean sostenidos, suficientemente cuantiosos, previsibles y puntuales, y que mantengan su valor real frente a la inflación, de modo que los hogares puedan invertir en la salud y la educación de los adolescentes de ambos sexos y retrasar el inicio de la actividad sexual, el embarazo y el matrimonio.
6. Invertir en enfoques de transferencias en efectivo con intervenciones complementarias pertinentes para el contexto (enfoques “cashplus”) más transformadores en términos de género, que apoyen a las personas beneficiarias de los programas y a sus familias con dinero en efectivo, vinculándolas al mismo tiempo a la programación, incluida la información y los servicios de salud y sociales. Entre otras cosas, esto puede

incluir vínculos con los servicios de salud a través del fortalecimiento del lado de la oferta, la extensión de los agentes de salud comunitarios, la generación de ingresos y la capacitación profesional, así como la exención de primas para los planes de seguro de salud. Diseñar enfoques "cashplus" de forma que se centren directamente en las necesidades de la población adolescente relacionadas con la edad y el género, como la creación de espacios seguros para las niñas y las adolescentes, la programación de masculinidades para niños y adolescentes varones, e intervenciones de normas más amplias dirigidas a las comunidades y los progenitores. (Véase el estudio de caso 5.14 sobre el efecto de una intervención "cashplus" multisectorial para la comunidad y los hogares en Kenya).

7. Diseñar intervenciones que incidan en el lado de la demanda, para aumentar el uso de los servicios de salud por parte de la población adolescente, que pueden consistir en el reembolso de los honorarios abonados por los servicios y de los gastos de transporte que tienen que afrontar.
8. Aumentar la portabilidad de las prestaciones de protección social para que la cobertura de salud responda mejor a las necesidades de poblaciones cada vez más móviles de adolescentes mayores y adultos jóvenes, que además pueden cambiar de empleador con frecuencia.
9. Adaptar las intervenciones de salud y nutrición a las necesidades propias del desarrollo de la población adolescente en diversas edades, por ejemplo, verificar que las prestaciones en especie para mejorar la alimentación tengan en cuenta la ingesta calórica de los adolescentes de ambos sexos.
10. Invertir en más investigación en las siguientes áreas infrainvestigadas:
    - impacto y resultados de programas, desglosados por edad, sexo y otras características de la población adolescente, y efectos sobre la utilización de los servicios de salud, la enfermedad, la salud mental, el bienestar psicosocial, la transición de la escuela al mercado laboral, la participación comunitaria y cívica, la depresión, el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, las relaciones sexuales sin protección, el embarazo temprano, la infección por el VIH, el matrimonio temprano, la violencia y las relaciones sexuales transaccionales; medir las vías de impacto (p. ej., reducción del estrés o del tiempo dedicado a la atención no remunerada, aumento del apoyo social);
    - impacto de la programación de protección social integrada ("cashplus"), sobre todo de la protección social y de salud;
    - estudios longitudinales para saber si los efectos se mantienen en la edad adulta temprana.

5.3.4 Sistema de justicia penal

¿Por qué son importantes las medidas de los sistemas de justicia penal para la salud y el bienestar adolescentes?

1. En todo el mundo, más de un millón de niños y adolescentes de ambos sexos se ven privados de libertad por funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. La mayoría han cometido delitos menores o infracciones leves como el absentismo escolar, la mendicidad o el consumo de alcohol. A menudo, niños y adolescentes de ambos sexos que tienen un comportamiento delictivo han sido utilizados o coaccionados por adultos para cometer tales delitos.
2. Incluso un solo día de detención y encarcelamiento tiene un impacto devastador en el desarrollo físico, emocional y mental de niños y adolescentes de ambos sexos.
3. Los niños y adolescentes de ambos sexos víctimas de delitos apenas conocen sus derechos, y a menudo dependen de los adultos que los rodean para llevar a los infractores ante la justicia.

Para actuar en el interés superior de niños y adolescentes de ambos sexos y tener en cuenta su edad y etapa de desarrollo, los sistemas de justicia pueden establecer procesos y procedimientos adaptados a la población infantil y adolescente y sensibles a las cuestiones de género, y deben garantizar la cooperación entre los sistemas de justicia, sistemas de protección de menores y sistemas conexos para responder a la violencia, al abuso y a la explotación infantil y adolescente *(25, 567)*.

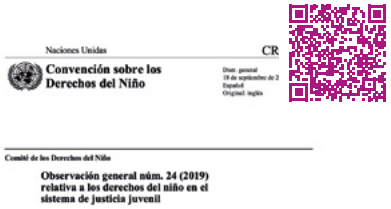
Estrategias de ejecución de un sistema de justicia penal adaptado a la población infantil y adolescente

1. Poner en marcha programas para la prevención de delitos cometidos por niños y adolescentes de ambos sexos, incluidas intervenciones tempranas para aquellos cuya edad sea inferior a la edad mínima de responsabilidad penal.
   - Ejecutar programas intensivos de prevención y de intervención precoz basados en la familia y la comunidad y centrados en el apoyo a las familias, en particular a las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad o a aquellas en las que se ejerce la violencia. Prestar apoyo a niños y adolescentes de ambos sexos en situación de riesgo, sobre todo a los que dejan de asistir a la escuela, son excluidos de ella o no completan su formación.
   - Proporcionar intervenciones tempranas para niños y adolescentes de ambos sexos que no han alcanzado la edad mínima de responsabilidad penal, mediante respuestas adaptadas a la población infantil y adolescente y multidisciplinarias, ante los primeros signos de un comportamiento que se habría considerado un delito si tales niños o adolescentes hubieran superado la edad mínima de responsabilidad penal.
   - Despenalizar las infracciones menores, como el absentismo escolar, la fuga, la mendicidad y el allanamiento de morada, que a menudo son consecuencia de la pobreza, la falta de hogar o la violencia familiar. Eliminar los delitos de estado de las leyes de los países. Los delitos de estado penalizan determinadas acciones solo cuando las realiza cierta clase de personas, como la población adolescente; algunos ejemplos son la mendicidad, el consumo de alcohol, el absentismo escolar y las fugas del hogar, que están proscritas para la población infantil o adolescente, pero no para la población adulta.
2. Establecer una edad mínima de responsabilidad penal que reconozca la naturaleza evolutiva de la madurez y de la capacidad de razonamiento abstracto en la adolescencia. Se recomienda aumentar la edad mínima de responsabilidad penal al menos hasta los 14 años o, si actualmente se establecen edades mínimas superiores, por ejemplo 15 o 16 años, no reducirlas en ningún caso. Abolir los sistemas con excepciones respecto a la edad mínima, por ejemplo, para delitos graves, y establecer una edad normalizada por debajo de la cual no se pueda considerar responsable penal a ningún niño o adolescente, sin excepción.
3. Si no hay pruebas de la edad y no se puede determinar si el menor no llega o ha superado la edad mínima de responsabilidad penal, conceder al menor el beneficio de la duda y no considerarlo penalmente responsable.
4. Establecer sistemas integrales de justicia de menores con unidades especializadas dentro de la policía, el sistema judicial, los tribunales y la fiscalía, así como servicios especializados como la libertad condicional, el asesoramiento o la supervisión y defensores especializados u otros representantes que presten asistencia jurídica o de otro tipo adecuada al menor o a la menor.
5. Aplicar sistemas de justicia de menores a niños y adolescentes de ambos sexos que superan la edad mínima de responsabilidad penal pero que eran menores de 18 años cuando cometieron el delito. Extender esta protección a quienes eran menores de 18 años al cometer el delito, pero cumplen 18 años durante el juicio o en el momento de dictar sentencia.
6. Garantizar la formación multidisciplinaria sistemática y continua de todos los profesionales que intervienen en el sistema judicial de menores sobre diversos temas, como las causas sociales y económicas de la delincuencia; el desarrollo físico, psicológico, mental y social de niños y adolescentes de ambos sexos; las necesidades especiales de niños y adolescentes de ambos sexos más marginados, como los pertenecientes a grupos minoritarios o indígenas; la cultura y las tendencias en el mundo de adolescentes y jóvenes; la dinámica de las actividades de grupo; y la disponibilidad de medidas de derivación fuera del ámbito penal —es decir, derivación de asuntos fuera del sistema formal de justicia penal, normalmente a programas o actividades— y de penas que no impliquen la privación de libertad. También se debe tener en cuenta el uso de nuevas tecnologías, como las "comparecencias ante el tribunal" por video, al tiempo que se señalan los riesgos de otras, como la determinación de los perfiles de ADN.
7. Evitar los procedimientos judiciales para niños y adolescentes de ambos sexos que superen la edad mínima de responsabilidad penal, dando preferencia a la derivación fuera del ámbito penal. Ampliar la gama de delitos para los que es posible la derivación fuera del ámbito penal, incluidos los delitos graves cuando proceda (véase el estudio de caso 5.15 de Zambia). Hacer que las oportunidades de derivación fuera del ámbito penal estén disponibles desde el momento más temprano posible tras el contacto con el sistema y en diversas etapas a lo largo del proceso, y aplicarlas de acuerdo con los principios esbozados por el Comité de los Derechos del Niño *(568)*.
8. Desarrollar las competencias de los agentes de policía y del personal penitenciario para detectar los problemas de salud mental y proporcionar una atención de primera línea oportuna y culturalmente adecuada a estos niños y adolescentes de ambos sexos *(569)*.
9. Cuando sea necesario un proceso judicial, aplicar los principios de un juicio justo y equitativo y ofrecer amplias oportunidades para aplicar medidas sociales y educativas y limitar estrictamente el uso

de la privación de libertad, desde el momento de la detención, durante todo el proceso y cuando se dicta sentencia. Poner en marcha un servicio de libertad condicional u organismo similar con personal bien capacitado que garantice el uso máximo y eficaz de medidas como las órdenes de orientación y supervisión, la libertad condicional, la vigilancia comunitaria y los centros de notificación diurna, así como la posibilidad de la puesta en libertad anticipada.

10. Establecer salvaguardias contra la discriminación desde el primer contacto con el sistema de justicia penal y durante todo el juicio, e instituir mecanismos activos de reparación si se produce discriminación contra algún grupo de niños o adolescentes. En particular, debe prestarse una atención sensible a las cuestiones de género a las niñas y también a los niños de ambos sexos discriminados por su orientación sexual o identidad de género. Hacer adaptaciones para niños y adolescentes de ambos sexos con discapacidades, lo que puede incluir el acceso físico al tribunal y a otros edificios; el apoyo a niños y adolescentes de ambos sexos con discapacidad psicosocial; la asistencia en la comunicación y la lectura de documentos; y ajustes procedimentales para los testimonios.
11. Promulgar legislación y garantizar prácticas que salvaguarden los derechos de los niños desde el momento en que entran en contacto con el sistema, incluso en la fase de detención, advertencia o arresto, mientras están bajo custodia de la policía u otros organismos encargados de hacer cumplir la ley; durante los traslados hacia y desde comisarías, lugares de detención y tribunales; y durante los interrogatorios, los registros y la toma de muestras probatorias.
12. Garantizar que se respetan los derechos de niños y adolescentes de ambos sexos a una participación efectiva en los procedimientos judiciales, proporcionando a cada niño, niña o adolescente apoyo por parte de todos los profesionales para que comprenda los cargos y las posibles consecuencias y opciones; dirigir al representante legal, recusar testigos, hacer un relato de los hechos; y tomar las decisiones adecuadas sobre la evidencia, los testimonios y las medidas punitivas que deben imponerse. Los procedimientos deben desarrollarse en un idioma que el niño, la niña o el adolescente entienda perfectamente, o se debe proporcionar gratuitamente un intérprete capacitado para trabajar con niños y adolescentes de ambos sexos en todas las fases del proceso. Los procedimientos deben desarrollarse en una atmósfera de comprensión que permita a niños y adolescentes participar plenamente. Los avances en la justicia adaptada a la población infantil y adolescente apoyan el lenguaje adaptado a esta población en todas las fases, la disposición adaptada a esta población de los espacios para entrevistas y los tribunales, el apoyo de adultos adecuados, la eliminación de atuendos jurídicos intimidatorios y la adaptación de los procedimientos, incluidos los ajustes para niños y adolescentes de ambos sexos con discapacidades.
13. Garantizar el acceso de los menores a la representación legal y a otro tipo de asistencia y apoyo adecuados por parte de un progenitor, tutor legal u otro adulto apropiado durante el interrogatorio. Los agentes de policía y otras autoridades investigadoras deben estar adecuadamente capacitados para evitar técnicas y prácticas de interrogatorio que den lugar a confesiones o testimonios bajo coacción o poco fiables, y siempre que sea posible deben utilizarse técnicas audiovisuales (p. ej., grabación en video de los interrogatorios).
14. Adoptar medidas para asegurarse de que la privación de libertad solo se utilice como último recurso. En la minoría de los casos, cuando la privación de libertad se considere necesaria, deberá llevarse a cabo de conformidad con los principios y derechos procesales estipulados por el Comité de los Derechos del Niño *(568)*.
15. Los niños y adolescentes de ambos sexos con retrasos del desarrollo o trastornos o discapacidad del neurodesarrollo (p. ej., trastornos del espectro autista, trastornos del espectro alcohólico fetal o lesiones cerebrales adquiridas) no deberían estar en absoluto en el sistema de justicia de menores, ni siquiera si han alcanzado la edad mínima de responsabilidad penal. Si no se los excluye automáticamente, estos niños y adolescentes de ambos sexos deben ser evaluados a título individual.
16. Recopilar de forma sistemática datos desglosados y garantizar las evaluaciones periódicas de los sistemas nacionales de justicia de menores, preferiblemente realizadas por instituciones académicas independientes. Deben abarcar, en particular, la eficacia de las medidas adoptadas y cuestiones como la discriminación, la reinserción y las modalidades de delincuencia. Implicar a niños y adolescentes de ambos sexos en la evaluación y la investigación de acuerdo con las directrices internacionales.

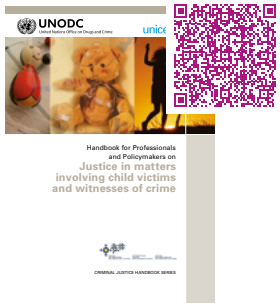
Banco de recursos sobre justicia penal para adolescentes



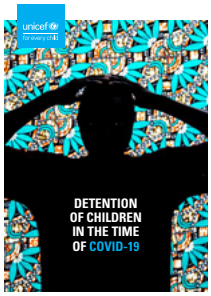
Fuente: Naciones Unidas, 1989 *(571)*.



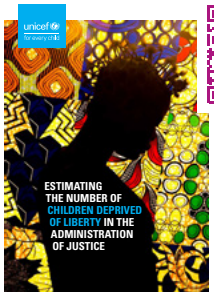
Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 2009 *(572)*.



Fuente: UNODC, 2009 *(573)*.



Fuente: UNICEF, 2021 *(574)*.



Fuente: UNICEF, 2021 *(567)*.

Estudio de caso 5.15

Zambia: marco nacional de derivación fuera del ámbito penal



© UNICEF/UN0855279/SCHErbrucker

El marco nacional de derivación fuera del ámbito penal fue desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Comunitario y Servicios Sociales, con el apoyo del UNICEF, tras una evaluación inicial de las prácticas de derivación fuera del ámbito penal y condenas alternativas en Zambia. La evaluación reveló que la derivación fuera del ámbito penal se llevaba a cabo en todo el país de manera informal y ad hoc, normalmente por parte de agentes de policía que mediaban con el menor acusado y el denunciante (y sus familias). También se descubrió que se estaban aplicando programas de "derivación fuera del ámbito penal" más intensivos y rehabilitadores a través de varias organizaciones de la sociedad civil y ONG. Sin embargo, la gran mayoría de las derivaciones a estos programas procedían de los tribunales y no eran estrictamente derivaciones, sino que constituían alternativas de condena basadas en la comunidad. Estas medidas se limitaron a las partes del país donde se habían establecido vínculos con los prestadores de servicios adecuados (en particular, Lusaka y Kitwe).

Las partes interesadas consultadas en el proceso de elaboración del marco señalaron la necesidad de estandarización de los enfoques de derivación fuera del ámbito penal y de coherencia en la ejecución de las medidas de derivación fuera del ámbito penal. En general, coincidieron en la necesidad de un marco nacional sobre esta derivación.

El marco pretende ayudar a todas las partes interesadas —como los organismos encargados de hacer cumplir la ley, servicios sociales, fiscales, magistrados y prestadores de servicios de ONG— a responder a los delitos cometidos por menores mediante la derivación fuera de los procedimientos judiciales formales, de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. El marco establece el alcance, los criterios, el proceso y las opciones para el uso de la derivación fuera del ámbito penal en Zambia, como advertencias, medidas restaurativas (mediación, reuniones de grupos familiares o comunitarios, restitución) y programas de rehabilitación.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Comunitario y Servicios Sociales, 2018 *(570)*.

5.3.5 Trabajo

¿Por qué son importantes las medidas del sector laboral para el bienestar adolescente?

El empleo es un importante determinante de la salud, que se manifiesta a través de mecanismos mediados por los ingresos, como la oportunidad de vivir en barrios más ricos (es decir, a menudo más seguros, limpios y ecológicos), el acceso a guarderías y escuelas de calidad, el acceso a alimentos más nutritivos y a través de ventajas directas como un seguro médico mejor, un trabajo más seguro, un seguro de accidentes y el acceso a programas de bienestar en el lugar de trabajo.

El empleo inseguro, por ejemplo, el empleo informal u ocasional, es típico de los patrones de empleo de muchos adultos jóvenes y puede estar involucrado en el estrés psicológico y las enfermedades mentales. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, existe una importante asociación positiva entre la proporción de trabajo informal en el país y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para todas las enfermedades. Los adultos jóvenes de ambos sexos corren mayor riesgo de sufrir traumatismos relacionados con el trabajo que los trabajadores de mayor edad, y las mujeres jóvenes también corren mayor riesgo de sufrir insinuaciones sexuales no deseadas, contacto físico, sugerencias verbales u otras formas de acoso sexual en el lugar de trabajo.

La calidad de vida actual y futura de la población joven, incluidos su salud y su bienestar, viene determinada en gran medida por su transición de la educación al trabajo. La incapacidad de encontrar un empleo estable y seguro tras dejar la escuela puede tener efectos duraderos en los patrones ocupacionales y en los ingresos en el futuro.

Incluso cuando tienen empleo, los adolescentes mayores y los adultos jóvenes de ambos sexos tienen menos probabilidad de tener un trabajo digno en comparación con los trabajadores de mayor edad. El sector informal, que en gran medida está fuera de la supervisión regulatoria de los gobiernos, incluye a un gran número de trabajadores pobres de ambos sexos (definidos como personas empleadas que viven en la pobreza extrema). La probabilidad de que los jóvenes de 15 a 24 años se encuentren entre los trabajadores pobres es el doble que la de los adultos de mayor edad.

El sector laboral tiene un papel importante que desempeñar a la hora de equipar a los adolescentes mayores y a los adultos jóvenes de ambos sexos para el mercado laboral mediante intervenciones del lado de la oferta que proporcionen a los adultos jóvenes de ambos sexos las competencias necesarias para aprovechar las nuevas oportunidades del mercado laboral. Al mismo tiempo, es necesario crear deliberadamente empleos dignos para los jóvenes de ambos sexos a través de políticas del lado de la demanda *(575)*.

Estrategias de ejecución en favor de los empleos dignos para la población joven

1. Continuar con las medidas de empleo juvenil que se pusieron en marcha durante la pandemia de COVID-19 (p. ej., bonos de capacitación) con un apoyo político y estrategias de recuperación más amplios, incluyendo políticas del lado de la demanda para aumentar el número de oportunidades de trabajo digno que están disponibles para la población joven.
   - Apoyar estas medidas ejecutando intervenciones por el lado de la oferta para dotar a los adultos jóvenes de ambos sexos de las competencias necesarias para aprovechar las nuevas oportunidades del mercado laboral:
   - promover la educación y reducir el abandono escolar;
   - ampliar el acceso de la población joven a la formación profesional, la recualificación y el perfeccionamiento, así como a la orientación y la mentoría profesionales;
   - apoyar la búsqueda de empleo y las infraestructuras de búsqueda de empleo adaptadas a la población joven;
   - crear puestos de trabajo mediante programas públicos de empleo para jóvenes y conceder subvenciones para el trabajo en el sector privado;
   - conceder subvenciones salariales específicas para la población joven y otros incentivos a la contratación;
   - invertir en el espíritu empresarial de la población joven.
2. Aplicar políticas de empleo juvenil siguiendo prácticas correctas, como:
   - intervención temprana (abordar los riesgos del mercado laboral a los que se enfrentan los jóvenes de ambos sexos en la fase inicial de formación del capital humano);
   - apoyo para buscar el trabajo que los jóvenes de ambos sexos prefieren, en lugar de obligarles a aceptar trabajos que no quieren (apoyar el autoempleo y el espíritu empresarial de la población joven);
   - apoyo individualizado y a medida (adaptar el apoyo a las necesidades individuales de cada participante joven);
   - enfoque integrado (proporcionar una combinación de medidas);
   - desarrollo del capital humano (mejorar la empleabilidad de los jóvenes de ambos sexos dotándoles de conocimientos y aptitudes relevantes para las empresas y el mercado a través del asesoramiento, la orientación y la formación profesionales);
   - creación de mejores oportunidades de empleo (mejorar las oportunidades existentes a través de múltiples enfoques, desde la prestación de servicios de empleo hasta el apoyo financiero directo para la creación de puestos de trabajo).
3. En colaboración con el sector de la protección social, contribuir al diseño, la ejecución y la evaluación de políticas laborales para la población joven que ofrezcan reciclaje y apoyo a la búsqueda de empleo, así como planes de seguridad de los ingresos para proteger a los adultos jóvenes de ambos sexos de verse desproporcionadamente afectados por el desempleo.
4. Vigilar el impacto en la salud psicosocial y física de población joven por la transformación del mercado laboral impulsada por las nuevas tecnologías y la creciente prevalencia del trabajo flexible, temporal e irregular entre los trabajadores jóvenes de ambos sexos, las largas jornadas laborales y los límites difusos entre el hogar y el trabajo; y mitigar las implicaciones negativas para la salud y la seguridad de las nuevas prácticas laborales *(575)*.
5. Establecer asociaciones públicoprivadas para luchar contra el trabajo infantil y adolescente en países y sectores donde trabaja un gran número de niños y adolescentes de ambos sexos (p. ej., la agricultura), mejorando la coordinación con los comités nacionales de trabajo infantil y adolescente y apoyando el desarrollo y la ampliación de los sistemas de seguimiento en la comunidad.

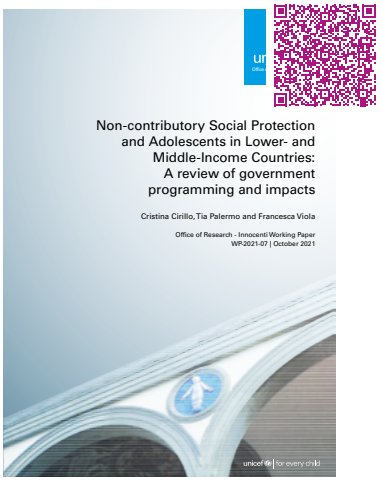
Banco de recursos sobre adolescentes y trabajo



Fuente: OIT, 2022 *(576)*.



Fuente: Rinne *et al.*, 2022 *(29)*.



Fuente: UNICEF, 2021 *(30)*.

> “Crecimos con Internet. Quiero decir, Internet siempre ha estado aquí con nosotros. Los adultos son más bien de ‘Vaya, apareció Internet’, mientras que para nosotros es perfectamente normal”.
>
> Hombre de 15 años, Serbia (577)

5.3.6 Telecomunicaciones

¿Por qué son importantes las telecomunicaciones para el bienestar adolescente?

Hoy en día, los adolescentes de ambos sexos pasan una parte cada vez mayor de su vida en Internet. Desde el 2011, el número de jóvenes de ambos sexos de 12 a 15 años que cuentan con teléfonos inteligentes ha aumentado más de un 50%. Con un 69% de jóvenes de ambos sexos conectados en el 2019, y uno de cada tres niños y adolescentes de ambos sexos con acceso a Internet en casa, Internet se ha convertido en una parte integral de la vida de la población adolescente *(120, 580)*.

El entorno digital ofrece enormes beneficios y oportunidades a la población adolescente, abriendo nuevos canales para la educación, la creatividad y la interacción social, incluida la participación política y cívica *(581)*. El entorno digital facilita las interacciones cotidianas en diversos contextos, como la educación formal e informal, los servicios de salud formales e informales, el ocio, el entretenimiento, el mantenimiento de vínculos con la cultura, la socialización, la expresión de la propia persona y de la propia identidad mediante la creación de contenidos digitales, el compromiso con cuestiones políticas y como consumidores *(578)*.

Pero el mundo digital también entraña riesgos graves, como el ciberacoso, la extorsión y los riesgos relativos a la privacidad. Estos riesgos se agudizaron especialmente con la crisis de la COVID-19 y el aumento del tiempo pasado ante una pantalla que precipitó *(120)*. Los niños y adolescentes de ambos sexos pueden ser más vulnerables que los adultos a los riesgos relacionados con los contenidos, los contactos y la conducta, así como a los riesgos como consumidores de productos inseguros y debidos a las violaciones de la seguridad digital, la protección de datos y la privacidad *(582)*. Quienes son más vulnerables fuera de Internet también lo son en Internet. En consecuencia, los factores de protección fuera de línea también pueden reducir la exposición a los riesgos en línea *(577, 578)*.

Los gobiernos tienen un papel clave a la hora de mitigar estos riesgos y responder a las necesidades de niños y adolescentes de ambos sexos en el entorno digital, poniendo en marcha políticas y normativas para establecer un entorno digital más seguro *(578, 579)*. Las capacidades de los adolescentes de ambos sexos varían en función de la edad, la madurez y las circunstancias, por lo que las acciones y las políticas destinadas a la población adolescente en el entorno digital deben ser adecuadas para su edad, adaptarse a las diferencias de desarrollo y reflejar el hecho de que los adolescentes de ambos sexos tienen diferentes tipos de acceso a las tecnologías digitales en función de sus antecedentes socioculturales y socioeconómicos y del nivel de compromiso de los progenitores, tutores o cuidadores *(579)*.

Estrategias de ejecución para el mundo digital de la población adolescente

1. Desarrollar una estrategia nacional de protección de la población infantil y adolescente en línea que incluya a todas las partes interesadas y cuyo objetivo sea garantizar un entorno digital seguro, inclusivo y empoderador. Esta estrategia debe integrarse plenamente en los marcos políticos pertinentes a los derechos de la población infantil y adolescente y complementar las políticas nacionales de protección de la infancia y la adolescencia, ofreciendo un marco para todos los riesgos y daños potenciales a los que se enfrentan en el entorno digital.
2. Abordar los riesgos en línea aplicando las siguientes medidas de política:

Derechos de la infancia y la adolescencia

- Para una aplicación más coherente de la protección contra los abusos en línea, unificar la definición de niño y adolescente como cualquier persona menor de 18 años en todos los documentos legales.
- Con la participación de niños y adolescentes de ambos sexos, aprovechar las instituciones independientes de derechos humanos en favor de la infancia y la adolescencia y colaborar con ellas para garantizar su protección en línea, mediante la aplicación de conocimientos especializados, la investigación y el seguimiento, la promoción, la concientización, la capacitación y la educación.
- Consultar directamente a niños y adolescentes de ambos sexos sobre el desarrollo, la ejecución y el seguimiento de cualquier marco o plan de acción de protección de la infancia y la adolescencia en línea.

Legislación

- Revisar el marco jurídico vigente para comprobar que existen todas las competencias legales necesarias para permitir y ayudar a las fuerzas y cuerpos de seguridad y a otros agentes pertinentes a proteger a los menores de 18 años de todo tipo de daños en Internet en todas las plataformas en línea.
- Establecer que cualquier acto ilegal contra niños o adolescentes de ambos sexos en el mundo real también es ilegal en Internet.
- Garantizar que las normas de protección de datos y de privacidad en línea de los menores son adecuadas.
- Alinear los marcos jurídicos con las normas, leyes y convenciones internacionales existentes relacionadas con los derechos y la ciberseguridad de la infancia y la adolescencia, facilitando la cooperación internacional mediante la armonización de las leyes.

Aplicación de la ley

- Garantizar que los casos de niños o adolescentes de ambos sexos que hacen daño a otros en línea se tratan de acuerdo con los principios de los derechos de la infancia y la adolescencia, favoreciendo enérgicamente enfoques distintos de la aplicación del derecho penal.
- Proporcionar recursos financieros y humanos adecuados, así como formación y capacitación, para implicar y equipar plenamente a la comunidad encargada de hacer cumplir la ley.
- Garantizar la cooperación internacional entre los organismos de todo el mundo encargados de hacer cumplir la ley, permitiendo una respuesta más rápida a los delitos facilitados en línea.

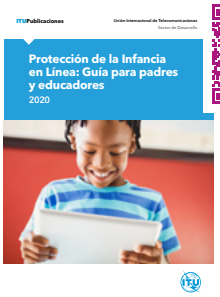
Reglamentación

- Considerar la formulación de una política regulatoria.
- Imponer a las empresas la obligación de actuar con la diligencia debida en relación con los derechos de la infancia y la adolescencia y salvaguardar a sus usuarios en línea.
- Establecer mecanismos de supervisión para la investigación y reparación de las violaciones de los derechos de niños y adolescentes, con vistas a mejorar la rendición de cuentas de las empresas de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y otras empresas pertinentes.
- Fortalecer la responsabilidad de los organismos regulatorios en la elaboración de normas relativas a los derechos de la infancia y la adolescencia y las TIC.

Banco de recursos sobre adolescentes y telecomunicaciones



Fuente: UIT, 2020 *(578)*.



Fuente: UIT, 2020 *(577)*.



Fuente: UIT, 2009 *(583)*.



Fuente: UIT, 2020 *(584)*.



Fuente: OCDE, 2022 *(579)*.

Seguimiento y evaluación

- Establecer una plataforma de múltiples partes interesadas para dirigir el desarrollo, la ejecución y el seguimiento de la agenda digital nacional para la infancia y la adolescencia.
- Desarrollar metas con plazos concretos y un proceso transparente para evaluar y hacer el seguimiento de los avances y garantizar que se ponen a disposición los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el funcionamiento eficaz de la estrategia nacional de protección de la infancia y la adolescencia en línea y los elementos relacionados.

Industria de las TIC

- Implicar a la industria en el proceso de elaboración de leyes de protección de la infancia y la adolescencia en línea y de parámetros acordados para medir todos los aspectos relevantes de la seguridad infantil y adolescente en Internet.
- Establecer incentivos y eliminar obstáculos legales para facilitar el desarrollo de normas y tecnologías para combatir los riesgos de los contenidos para la población infantil y adolescente.
- Animar a la industria a adoptar un enfoque de "seguridad y privacidad desde el diseño" en sus productos, servicios y plataformas, reconociendo el respeto a los derechos de la infancia y la adolescencia como objetivo fundamental.
- Asegurarse de que la industria utilice mecanismos rigurosos para detectar, bloquear, eliminar y denunciar proactivamente los contenidos ilegales y cualquier abuso (clasificado como actividad delictiva) de menores.
- Garantizar que la industria ofrezca mecanismos de denuncia adecuados y adaptados a la población infantil y adolescente para que sus usuarios puedan informar de problemas y preocupaciones, incluida la ayuda para encontrar más apoyo.
- Colaborar con las partes interesadas de la industria para fomentar la concientización sobre los peligros y corregir problemas de los productos y servicios existentes.
- Apoyar a la industria para que proporcione herramientas adecuadas a la edad y adaptadas a las familias, con el fin de ayudar a sus usuarios a proteger mejor a sus familias en Internet.

Notificación

- Establecer y promover ampliamente mecanismos para denunciar con facilidad los contenidos ilegales encontrados en Internet.
- Establecer una línea telefónica nacional de ayuda sobre riesgos y daños en Internet o una línea telefónica de atención inmediata adaptada a la infancia y la adolescencia o un servicio telefónico de información y ayuda específicamente para las propias víctimas.
- Establecer mecanismos de asesoramiento, notificación y denuncia seguros y fácilmente accesibles que tengan en cuenta las necesidades de la población infantil y adolescente.

Servicios sociales y apoyo a las víctimas

- Garantizar la existencia de mecanismos universales y sistemáticos de protección de la población infantil y adolescente que obliguen a todos los que trabajan con esta población (p. ej., trabajadores sociales, profesionales de la salud y educadores) a detectar cualquier tipo de daño a la infancia y la adolescencia que se produzca en línea, darle respuesta y denunciarlo.
- Velar por que los profesionales de los servicios sociales estén formados tanto para la acción preventiva como para la respuesta a los daños en línea a la población infantil y adolescente, detectando el abuso de menores y proporcionando apoyo y asistencia adecuados, especializados y a largo plazo, a niños y adolescentes de ambos sexos víctimas de abusos.
- Desarrollar estrategias y medidas de prevención del abuso de menores basadas en la evidencia.
- Proporcionar los recursos humanos y financieros adecuados para garantizar la plena recuperación y reintegración de niños y adolescentes de ambos sexos victimizados y prevenir la revictimización.
- Asegurarse de que niños y adolescentes de ambos sexos tengan acceso a una atención de salud adecuada (incluida la atención para la salud mental, así como para el bienestar físico) en caso de victimización, trauma o abuso en línea.

Recopilación de datos e investigación

- Invertir en el desarrollo y el seguimiento y la evaluación de marcos y actividades y alinearlos.
- Llevar a cabo una investigación con los diferentes actores y partes interesadas nacionales para determinar sus opiniones, experiencias, preocupaciones y oportunidades con respecto a la protección de la infancia y la adolescencia en Internet.

Educación

- Asegurarse de que los educadores y administradores de centros escolares estén capacitados para detectar los casos presuntos o confirmados de abuso de menores en línea y responder adecuadamente.
- Desarrollar un amplio programa de alfabetización digital para garantizar que niños y adolescentes de ambos sexos puedan beneficiarse plenamente del entorno en línea, estén equipados para detectar las amenazas y puedan comprender plenamente las implicaciones de su comportamiento en Internet. Un programa de este tipo puede basarse en los marcos educativos existentes. Debe adecuarse a la edad y centrarse en las habilidades y competencias.
- Desarrollar componentes de alfabetización digital como parte del currículo escolar nacional que sean apropiados para la edad y aplicables a la población infantil desde una edad temprana.
- Crear recursos educativos aparte del currículo escolar que destaquen los aspectos positivos y potenciadores de Internet para la población infantil y adolescente y promuevan el comportamiento responsable en Internet.
- Evitar los mensajes basados en el miedo.
- Consultar a niños y adolescentes de ambos sexos, así como a sus progenitores y cuidadores, sobre el desarrollo de programas, herramientas y recursos educativos en línea.

Concientización y capacidad nacionales

- Desarrollar campañas nacionales de concientización pública adaptadas a diversos grupos (p. ej., progenitores, usuarios de redes sociales, industria). Estas campañas pueden abordar una amplia gama de cuestiones relacionadas con el entorno digital.
- Implicar a las instituciones públicas y a los medios de comunicación en la promoción de la concientización pública nacional.
- Aprovechar las campañas mundiales, así como los marcos e iniciativas de múltiples partes interesadas, para crear campañas nacionales y fortalecer las capacidades nacionales de protección de la infancia y la adolescencia en Internet.

5.3.7 Vías y transporte

¿Por qué son importantes las medidas del sector vial y del transporte para la salud y el bienestar adolescentes?

Cada día mueren en las carreteras de todo el mundo más de 500 niños y adolescentes de ambos sexos menores de 18 años, y miles más resultan heridos. Los traumatismos causados por el tránsito son una de las principales causas de muerte en la población adolescente, y la gran mayoría (95%) de las muertes infantiles causadas por el tránsito se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Limitados por su desarrollo físico, cognitivo y social, los adolescentes de ambos sexos de menor edad están más expuestos al riesgo del tránsito rodado que los adultos, debido a su peor percepción de la proximidad, velocidad y dirección de los vehículos en movimiento. Los adolescentes de ambos sexos de mayor edad pueden ser más propensos a asumir riesgos, como el exceso de velocidad al conducir *(314)*.

El sector vial y del transporte tiene un importante papel que desempeñar, ya que la mayoría de los traumatismos causados por el tránsito que sufre la población joven pueden prevenirse con medidas específicas para niños y adolescentes de ambos sexos dirigidas a la gestión de la velocidad, la supervisión, el diseño y la mejora de las infraestructuras, el cumplimiento de las normas de seguridad de los vehículos, las leyes de regulación del tránsito y las medidas de respuestaz rápida al traumatismo tras un choque.

Estrategias de ejecución para mejorar la seguridad vial

Gestión de la velocidad

- Implantar zonas de baja velocidad (límites de 30 km/h) alrededor de las escuelas y otros lugares donde muchos niños y adolescentes de ambos sexos van a pie. Aplicar diseños viarios de pacificación del tránsito (p. ej., estrechamiento de la calzada, badenes, cruces señalizados). Hacer cumplir los límites de velocidad con medidas como cámaras automáticas de control de la velocidad.

Liderazgo en seguridad vial

- Mejorar la recopilación de datos para promover y fundamentar políticas eficaces y para orientar las intervenciones. Recopilar datos a fin de determinar las zonas de alto riesgo donde niños y adolescentes de ambos sexos están expuestos al tránsito de alta velocidad y donde faltan infraestructuras de seguridad (como vallas, guardarraíles, aceras, carriles bici).
- Garantizar la colaboración entre las instituciones y las partes interesadas concernidas, y crear coaliciones con ellas, así como entre diversos sectores (p. ej., educación, salud, gobierno local, transporte y policía) para mejorar la protección de la población infantil y adolescente en las vías.
- Implicar a los centros escolares y al alumnado en la toma de decisiones políticas sobre seguridad vial.
- Crear sistemas de supervisión, con la participación de progenitores, profesores y cuidadores, para proteger a niños y adolescentes de ambos sexos en las vías, especialmente en las comunidades más pobres y en entornos viales complejos y de riesgo. Establecer asociaciones entre las comunidades, las escuelas y la policía para gestionar las patrullas de los pasos escolares y las iniciativas de "autobús a pie" (en las que varios adultos acompañan a un grupo de niños y niñas que se dirigen a pie a la escuela), sobre todo cuando los progenitores están trabajando y no pueden supervisar a sus hijos e hijas.

Diseño y mejoramiento de las infraestructuras

- Dar prioridad a la provisión de infraestructuras seguras (p. ej., aceras, cruces seguros, medidas de pacificación del tránsito, badenes) para proteger a los niños y las niñas que van y vienen de la escuela. Diseñar o reconfigurar el entorno construido en escuelas y barrios densamente poblados para dar prioridad a peatones y ciclistas como parte de las políticas de promoción de la salud infantil y adolescentes y de lucha contra la obesidad.

Normas de seguridad de los vehículos

- Mejorar la seguridad de niños y adolescentes de ambos sexos que viajan como pasajeros en vehículos aplicando la normativa mínima de seguridad de las Naciones Unidas a los vehículos nuevos e incluyendo elementos de seguridad como los puntos de anclaje ISOFIX para sistemas de retención infantil. Promover la concientización de los consumidores y la demanda de normas de seguridad más estrictas para todos los ocupantes de vehículos, incluidos niños, niñas y adolescentes.

Aplicación de las leyes de tránsito

- Fortalecer y hacer cumplir las leyes que exigen el uso de sistemas de retención infantil en automóviles y camiones y el uso de casco cuando se viaja en vehículos de dos ruedas u otros vehículos abiertos. Instituir leyes y normativas para garantizar que los autobuses escolares tengan cinturones de seguridad y que los vehículos escolares sean seguros, así como hacer cumplir la legislación sobre exceso de velocidad y conducción bajo los efectos del alcohol.
- Para promover el apoyo público a la aplicación de la normativa sobre seguridad vial, utilizar estrategias de comunicación y mercadeo social centradas en la necesidad de proteger a la población infantil y adolescente.

Supervivencia tras un choque

- Mejorar la respuesta traumatológica a las necesidades de niños y adolescentes de ambos sexos, incluida la capacitación de profesores y conductores de transporte escolar en materia de estabilización inmediata y segura en caso de traumatismo. Dotar a los vehículos de emergencia con equipos y suministros médicos de tamaño adaptado a la población infantil y adolescente y mejorar los servicios de rehabilitación pediátrica específicos para esta población *(314)*.

Banco de recursos sobre adolescentes y vías y transportes



Fuente: OMS, 2017 *(585)*.

5.3.8 Planificación urbana, de viviendas y de parques industriales

¿Por qué son importantes las medidas de los sectores de la vivienda, el urbanismo y la planificación de parques industriales para el bienestar adolescente?

Más que nunca, los jóvenes de ambos sexos acuden en masa a las ciudades. Se prevé que en el 2030 hasta el 60% de los habitantes de las ciudades serán menores de 18 años. A pesar de ello, la población joven tiene poca voz en la toma de decisiones urbanas y se enfrenta a grandes obstáculos para acceder a la educación, el empleo y la seguridad en las ciudades *(586, 587)*.

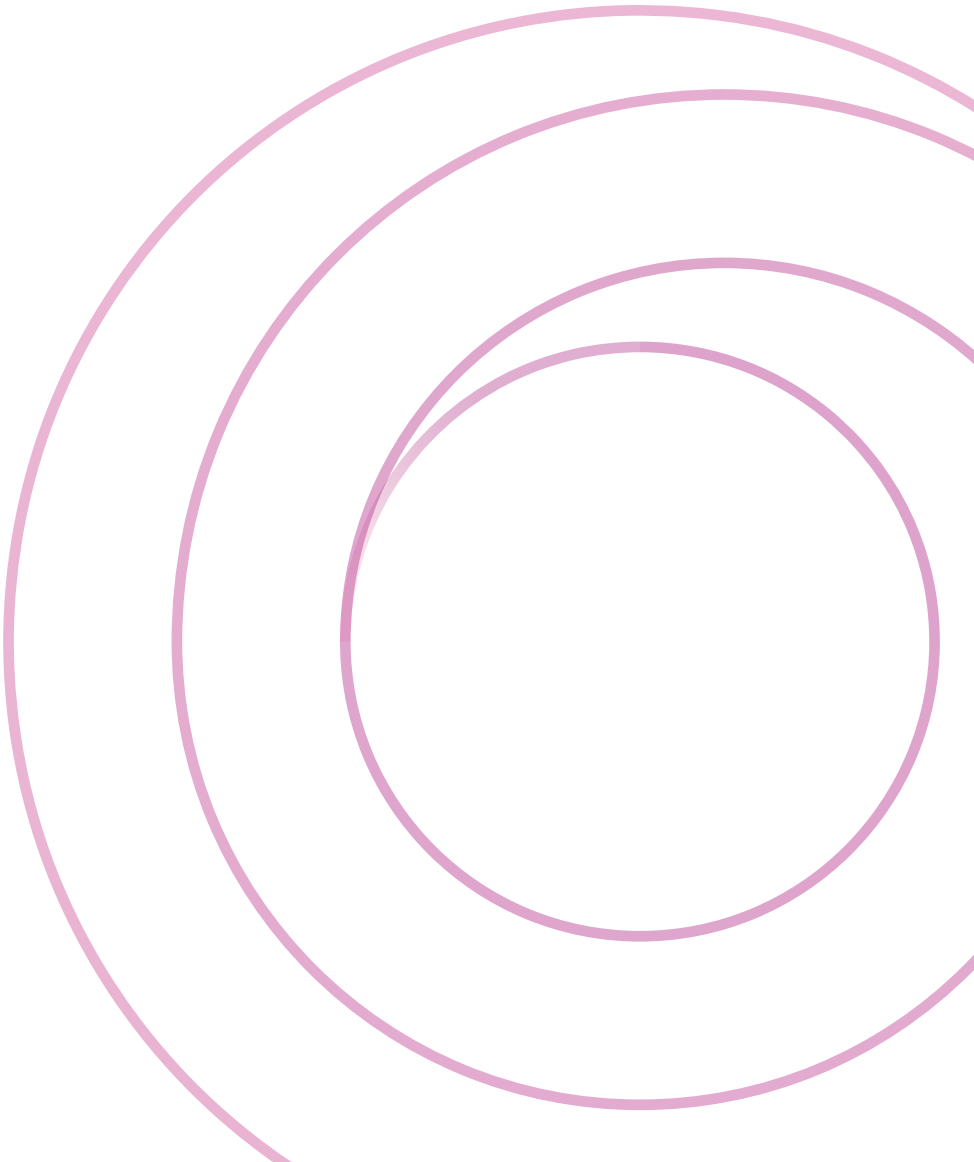
En los países de ingresos bajos y medianos, muchos jóvenes de ambos sexos trabajan en parques industriales, sobre todo en parques agroalimentarios *(139)*. Normalmente situados en la periferia de las ciudades, los parques industriales son áreas geográficas zonificadas para uso industrial y empresarial, "urbanizadas y subdivididas en parcelas según un plan global con o sin fábricas edificadas, a veces con instalaciones comunes para uso de un grupo de industrias" *(588)*. Aunque pueden ofrecer oportunidades de empleo digno a jóvenes de ambos sexos *(102, 139)*, también pueden ponerlos en peligro si no existen redes de seguridad y si faltan servicios adecuados a su edad. Esto se debe a que muchos de los jóvenes de ambos sexos que trabajan en los polígonos industriales son inmigrantes que viven separados de sus familias, con escasas redes sociales que les proporcionen apoyo y orientación *(101)*.

Estrategias de ejecución para una planificación urbana adaptada a la población adolescente

1. Garantizar la formulación de una estrategia nacional o municipal para la juventud urbana, que abarque el desarrollo de competencias, la creación de empleos dignos y medios de subsistencia para la población joven, el deporte y el ocio *(589)*. Emplear un proceso participativo que recopile las perspectivas de la población joven sobre la planificación urbana para fundamentar dicha estrategia *(28)*.
2. Asegurarse de que en la planificación, el diseño y la construcción de parques industriales participen jóvenes y que se atiendan sus necesidades específicas, como oportunidades de formación profesional, condiciones laborales ajustadas a su edad, salud y seguridad en el trabajo y participación significativa en la toma de decisiones que les afecten *(102, 588)*.
3. Considerar los aspectos específicos de la población adolescente y con perspectiva de género de la planificación para la salud en la planificación urbana y territorial *(590593)* y la recuperación saludable de la COVID-19 *(594)*.
4. Garantizar la planificación básica y las normas legislativas para evitar riesgos para la salud. Por ejemplo:
   - Diseñar, implantar y mantener espacios públicos donde niños y adolescentes de ambos sexos estén a salvo de riesgos físicos (como la contaminación, los residuos y el tránsito) y sociales (como la delincuencia, la exclusión y el acoso). Velar por que estos espacios sean de fácil acceso para niños y adolescentes de ambos sexos, independientemente de su edad, capacidad física, situación económica, sexo o raza.
   - Ubicar y diseñar instalaciones recreativas y deportivas que faciliten el acceso equitativo y seguro de adolescentes de todas las edades y capacidades, así como el acceso a pie y en bicicleta, con provisión de aparcamientos o lugares de almacenamiento para bicicletas *(407)*.
   - Hacer cumplir las normas sobre agua y saneamiento en viviendas, escuelas, clubes deportivos e instalaciones recreativas utilizadas por la población adolescente.
   - Garantizar el almacenamiento seguro de productos químicos y otras sustancias peligrosas.
   - Legislar la igualdad de acceso a los recursos urbanos por parte de hombres y mujeres y por la población joven.
   - Garantizar el acceso, el uso y el control seguros, equitativos y no discriminatorios de la tierra para todos, mediante el desarrollo y la utilización de instrumentos relativos a la tierra que favorezcan a la población joven y tengan en cuenta las cuestiones de género *(591)*.
   - Garantizar la asequibilidad a largo plazo de la vivienda para la población joven a través de medidas como la limitación del precio de la vivienda, bonos de alquiler y viviendas sociales *(590)*.
5. Hacer cumplir los códigos de planificación que limitan o prohíben los entornos que desvirtúan los modos de vida saludables o agravan la desigualdad. Por ejemplo:
   - Restringir las "comidas calientes para llevar" cerca de los colegios.
   - Limitar las urbanizaciones aisladas accesibles únicamente en coche privado.
   - Reducir la violencia juvenil, prevenir la degradación física urbana. Diseñar espacios que potencien la apertura y promuevan la interacción social. Organizar la vigilancia comunitaria.
   - Proporcionar viviendas de buena calidad y bajo costo a las familias vulnerables en lugares con escuelas y centros de salud accesibles.
6. Promover una planificación territorial que permita estilos de vida más saludables. Por ejemplo:
   - Fomentar el carácter compacto de las ciudades y su desarrollo cerca de nodos de transporte.

- Proporcionar en toda la ciudad un acceso más seguro caminando para permitir los "autobuses escolares a pie". Mejorar la infraestructura ciclista y los carriles bici de los centros escolares con aparcamientos o lugares de almacenamiento para bicicletas, así como un transporte público fiable y seguro para niños y adolescentes de ambos sexos.
- Mejorar el acceso de la población adolescente a las zonas de juego y recreativas y asegurarse de que son seguras.
- Crear espacios verdes alrededor de las escuelas para proporcionar sombra y mejorar la calidad del aire.
- Garantizar el acceso seguro y autónomo de las mujeres, adolescentes y niñas a servicios urbanos de calidad, a los espacios públicos y a todas las formas de movilidad *(591)*.

7. Asegurarse de que los procesos urbanos y territoriales capten los múltiples beneficios colaterales de "incorporar" la salud. Por ejemplo:
   - Mejorar la gobernanza urbana mediante instituciones y sistemas responsables, inclusivos, democráticos y con perspectiva de género *(593)*. Fortalecer las instituciones locales para permitir la participación activa y significativa de las mujeres, adolescentes y niñas en la planificación, la gestión y la gobernanza urbanas *(591)*.
   - Hacer el seguimiento de las decisiones políticas utilizando indicadores de equidad en materia de salud urbana que capten los determinantes sociales de la salud (p. ej., porcentaje de matrículas subvencionadas en programas extraescolares, porcentaje de jóvenes de ambos sexos que participan en programas culturales) para fundamentar la promoción de una mayor equidad en materia de salud urbana para la población joven *(595)*.
   - Trabajar con múltiples asociados en enfoques sistémicos y holísticos. Estos son algunos ejemplos: desplazamientos activos (a pie o en bicicleta); iniciativas de "ciudad lenta", que pretenden mejorar la calidad de la vida urbana ralentizando su ritmo, especialmente en el uso de los espacios y el flujo a través de ellos; iniciativas adaptadas a la edad o a la población infantil y adolescente; sistemas alimentarios periurbanos, urbanos y escolares; así como estrategias regionales de resiliencia económica.



Banco de recursos sobre adolescentes y viviendas y parques urbanos e industriales



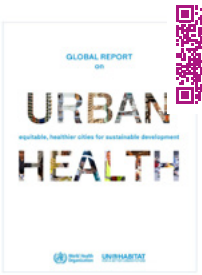
Fuente: OMS, 2023 *(592)*.



Fuente: ONU-Hábitat, 2021 *(590)*.



Fuente: ONU-Hábitat, 2021 *(595)*.



Fuente: OMS, 2016 *(596)*.



Fuente: ONU-Hábitat, 2014 *(597)*.



Fuente: OMS, 2020 *(594)*.



Fuente: OMS, 2023 *(598)*.



Fuente: OMS, 2022 *(599)*.



Fuente: OMS, 2020 *(593)*.



Fuente: OMS, 2018 *(600)*.

5.3.9 Energía

¿Por qué son importantes las medidas del sector energético para el bienestar adolescente?

Las mujeres y la población joven se enfrentan a desventajas estructurales en el sector energético. A pesar de estos obstáculos, siguen desarrollando soluciones energéticas sostenibles y creativas y luchando por un futuro más sostenible. Los jóvenes de ambos sexos están a la vanguardia de la creación de planteamientos innovadores y exigen medidas tangibles a los responsables de formular políticas y a los líderes mundiales.

Sin embargo, en el mercado laboral de la energía, la población joven se enfrenta a barreras educativas estructurales relacionadas con un desajuste entre lo que ofrece el sistema educativo y lo que necesita el mercado. Por otra parte, los empresarios suelen primar la experiencia sobre la creatividad y la diversidad, lo que pone a la población joven en desventaja. Debido a las múltiples barreras a las que pueden enfrentarse las mujeres jóvenes y las adolescentes y las niñas debido a su edad y género, a menudo están expuestas a una doble discriminación en el sector energético *(601)*.

La dependencia de combustibles y tecnologías contaminantes se asocia a una importante carga de tareas y pérdida de tiempo para la población infantil y adolescente en general, pero sobre todo para las adolescentes y las niñas. Las mujeres y las adolescentes y las niñas son las principales compradoras y usuarias de energía en el hogar y soportan la mayor parte de las cargas en materia de salud y de otro tipo asociadas a la dependencia de sistemas energéticos contaminantes e ineficientes. En el África subsahariana, la exposición a la contaminación atmosférica doméstica debido al cocinado de alimentos en el interior de los hogares constituye el mayor riesgo para la salud de las mujeres y de las adolescentes y las niñas. El interminable trabajo de alimentar la cocina o estufa impide a muchas niñas y adolescentes asistir a la escuela y les roba tiempo para descansar y socializar *(319)*.

Estrategias de ejecución en el sector energético para la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes

1. Defender la integración de la juventud en los pactos energéticos (compromisos nacionales con el ODS7 desarrollo sostenible) para acelerar una transición energética justa, inclusiva y sostenible *(602)*. Este punto puede abarcar lo siguiente:
   - Evaluar y reforzar los ecosistemas nacionales y regionales para promover y apoyar la capacitación y el liderazgo de la población joven en el sector energético, incluida la participación significativa de adolescentes y jóvenes en la formulación de políticas y la toma de decisiones.
   - Apoyar a los jóvenes de ambos sexos para que desarrollen competencias relevantes para la transición hacia las energías limpias y los mercados laborales del mañana en los campos de la ciencia, la tecnología, la ingeniería y las matemáticas *(6)*.
   - Garantizar la igualdad de acceso de las niñas y las adolescentes a los conocimientos técnicos y la alfabetización digital necesarios para utilizar la tecnología y las herramientas digitales esenciales para la transición hacia energías limpias *(6)*.
   - Proporcionar un acceso equitativo a los recursos productivos, como financiamiento, conocimientos técnicos, formación empresarial, desarrollo de habilidades técnicas y servicios de desarrollo empresarial para empresas dirigidas por jóvenes.
   - Ampliar la participación de los jóvenes de ambos sexos en la fuerza laboral del sector de la energía sostenible mediante la oferta de vías de promoción profesional y el aumento de puestos de trabajo de nivel inicial en el sector energético y mediante la formación con un enfoque centrado en la población joven.
   - Proporcionar un acceso equitativo a mecanismos financieros asequibles, así como a licitaciones y otras oportunidades de negocio para empresas dirigidas por mujeres y jóvenes, proyectos sin ánimo de lucro y otras iniciativas, por ejemplo, a través de la contratación y la presupuestación con perspectiva de género *(6)*.
   - Situar a las mujeres y a la población joven en el centro de la recuperación económica. Integrar incentivos en el financiamiento de programas y paquetes de recuperación respetuosa con el medio ambiente para animar a los empresarios a contratar, retener y hacer progresar a más mujeres y jóvenes en el sector de las energías limpias *(6)*.
   - Generar conocimientos sobre las medidas aplicadas para la participación de la población joven en el sector de la energía y la transición energética, y hacer el seguimiento y la evaluación de tales medidas.
   - Defender la diversidad, la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y su inclusión en la toma de decisiones.
2. Garantizar el acceso a energía limpia para cocinar y para calentar e iluminar los hogares *(319, 603)*, las escuelas y los establecimientos de salud. Concientizar sobre los beneficios para la salud del cambio a energías limpias para cocinar, calentar y alumbrar. Difundir información sobre cómo instalar, manejar y mantener de forma segura cocinas y estufas mejoradas.
3. Apoyar iniciativas para implantar transportes públicos eficientes desde el punto de vista energético y rutas ciclistas y peatonales.

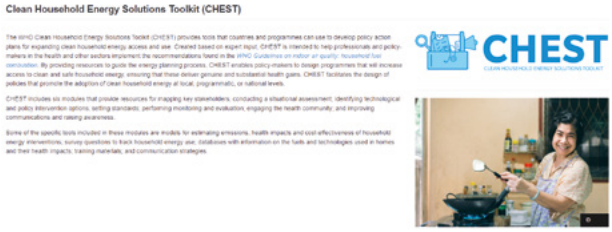
Banco de recursos sobre adolescentes y energía



Fuente: ONUDI, 2021 *(602)*.



Fuente: OMS, 2016 *(319)*.



Fuente: OMS, 2023 *(603)*.

5.3.10 Medio ambiente

Aproximadamente el 22% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a factores de riesgo ambientales *(606)*. Por lo tanto, es vital abordar los peligros ambientales que afectan negativamente a la salud y el bienestar adolescentes *(604, 605)*. Entre las intervenciones esenciales se encuentran las siguientes: suministrar agua potable en los hogares, mejorar las instalaciones de saneamiento en las escuelas, mejorar las prácticas de higiene, mejorar la gestión de residuos y sustancias tóxicas, aumentar la calidad del aire urbano y doméstico y reducir los efectos perjudiciales del cambio climático *(604, 607)*. Estos cambios requieren medidas coordinadas de los sectores de la energía, el medio ambiente, el transporte, la agricultura, la industria y la salud.

¿Por qué son importantes las medidas del sector medioambiental para el bienestar adolescente?

Las escuelas están mal equipadas para ofrecer entornos de aprendizaje sanos e integradores a niños y adolescentes de ambos sexos. En todo el mundo, el 29% de las escuelas carecen de servicios básicos de agua potable, lo que afecta a 546 millones de escolares; el 28% de las escuelas carecen de servicios básicos de saneamiento, lo que afecta a 539 millones de escolares; y el 42% de las escuelas carecen de servicios básicos de higiene, lo que afecta a 802 millones de escolares *(608)*. Se calcula que 367 millones de niños y adolescentes de ambos sexos asisten a una escuela sin ningún tipo de instalaciones de saneamiento *(607)*.

Manos más pequeñas, mano de obra más barata: la crisis de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos afecta a la salud infantil y adolescente

Se calcula que 152 millones de niños y adolescentes de ambos sexos de 5 a 17 años trabajan, de los cuales 18 millones (el 11,9%) lo hacen en el sector industrial, lo que incluye el procesamiento de residuos. Unos 73 millones de niños y adolescentes de ambos sexos de todo el mundo realizan trabajos peligrosos, y un número desconocido de ellos lo hacen en el sector informal del reciclaje de residuos. Los niños y adolescentes de ambos sexos son especialmente vulnerables a algunas de las sustancias tóxicas presentes o producidas por los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (en lo sucesivo, residuos electrónicos) y las actividades de reciclado de tales residuos *(69)*.

Más del 90% de la población infantil y adolescente del mundo respira aire tóxico a diario.

La contaminación atmosférica, incluida la doméstica, es uno de los mayores riesgos ambientales para la salud *(609, 610)*. Cada día, cerca del 93% de las personas menores de 15 años del mundo (1800 millones de niños y adolescentes de ambos sexos) respiran un aire tan contaminado que pone en grave peligro su salud y desarrollo. Mil millones de personas menores de 15 años están expuestas a altos niveles de contaminación atmosférica doméstica, principalmente por cocinar utilizando tecnologías y combustibles contaminantes como la leña, el carbón vegetal y el carbón *(610)*. La contaminación atmosférica afecta al neurodesarrollo, lo que se traduce en peores resultados en las pruebas cognitivas y en un deterioro del desarrollo mental y motor *(370)*.

Los niños y adolescentes de ambos sexos son especialmente vulnerables a los problemas de salud derivados de la exposición a sustancias químicas.

Sustancias químicas como metales pesados, pesticidas, disolventes, pinturas, detergentes, queroseno, monóxido de carbono y productos farmacéuticos son causa de intoxicaciones involuntarias en el hogar y en el lugar de trabajo. Los niños y adolescentes de ambos sexos son especialmente vulnerables a estas exposiciones, debido al desarrollo de sus sistemas y comportamientos *(128, 605)*. La exposición a determinadas sustancias químicas, como el plomo, reduce el neurodesarrollo en niños y adolescentes de ambos sexos y aumenta el riesgo de trastornos por déficit de atención y de deficiencias intelectuales *(131)*.

El cambio climático ha aumentado la incertidumbre sobre el futuro de los 1800 millones de niños, niñas y adolescentes del mundo.

Los niños y adolescentes de ambos sexos son más vulnerables a las perturbaciones climáticas y medioambientales que los adultos por varias razones, entre ellas la vulnerabilidad física y fisiológica. En todo el mundo, aproximadamente mil millones de menores de 18 años (casi la mitad de la población infantil y adolescente del mundo) viven en países de alto riesgo según el Índice de Riesgo Climático *(161)*.

Los adolescentes y jóvenes de ambos sexos puede ser víctimas del cambio climático, pero también son valiosos contribuyentes a la acción por el clima. Son agentes del cambio, emprendedores e innovadores. Ya sea en la educación, la ciencia o la tecnología, los jóvenes de ambos sexos están intensificando sus esfuerzos y utilizando sus capacidades para acelerar la acción por el clima *(27)*.

Estrategias de ejecución para un entorno que promueva la salud infantil y adolescente

1. Evaluar y mitigar el impacto de los residuos electrónicos en niños y adolescentes de ambos sexos *(69)*: Por ejemplo:
   - Eliminar el trabajo infantil e incorporar a los trabajadores adultos del ámbito de los residuos electrónicos, incluidos los jóvenes de ambos sexos, a la economía formal con condiciones laborales dignas en toda la cadena de valor de recogida, procesamiento, reciclaje y reventa.

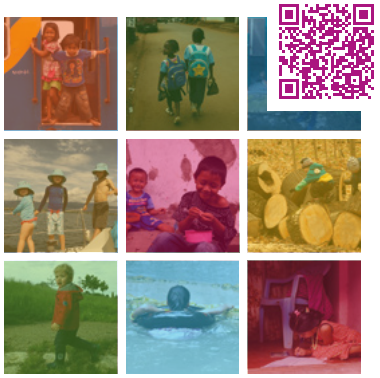
- Garantizar la salud y la seguridad de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos que trabajan con residuos electrónicos, sus familias y comunidades mediante sistemas que capaciten y protejan a los trabajadores y hagan el seguimiento de la exposición y de los resultados en materia de salud, dando prioridad a la protección de los adolescentes de ambos sexos.
- Defender el reciclaje responsable ante los encargados de formular políticas, las comunidades, los trabajadores del sector de los residuos y sus familias.
- Buscar mejores datos y más investigación sobre las mujeres y los niños y los adolescentes de ambos sexos implicados en el tratamiento de los residuos electrónicos.
- Concientizar acerca de los riesgos para la salud de las mujeres y de niños y adolescentes de ambos sexos derivados del reciclaje de residuos electrónicos.

2. Preparar a las escuelas para futuras pandemias y proporcionar en ellas servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH, por su sigla en inglés) que incluyan a las personas con discapacidad *(128, 130)*. Por ejemplo:
   - Construir o mejorar establecimientos educativos que tengan en cuenta a niños y adolescentes de ambos sexos, a las personas con discapacidades y las cuestiones de género.
   - Proporcionar entornos de aprendizaje seguros y eficaces con servicios de agua potable, saneamiento e higiene.
3. Mejorar la calidad del aire y minimizar la exposición de la población infantil y adolescente al aire contaminado y a sustancias químicas *(128, 370)*. Por ejemplo:
   - Permitir y garantizar el uso universal de tecnologías y combustibles limpios para la cocina, la calefacción y la iluminación de los hogares, lo que incluye hacer que los combustibles y las tecnologías limpias sean asequibles, estén disponibles y sean accesibles para las familias con ingresos bajos a través de transferencias sociales.
   - Instituir una mejor gestión de los residuos para reducir la cantidad de residuos que se queman en las comunidades, disminuyendo así la contaminación atmosférica comunitaria.
   - Capacitar a los profesionales de la salud para que reconozcan la contaminación atmosférica como un importante factor de riesgo para sus pacientes jóvenes, conozcan las fuentes de exposición ambiental en sus comunidades, "prescriban" soluciones a los problemas relacionados con la contaminación atmosférica, como el cambio a combustibles y dispositivos domésticos limpios, y defiendan soluciones ante los responsables de formular políticas y de tomar decisiones de todos los sectores.
   - Controlar los peligros de la pintura con plomo en los hogares y garantizar una gestión segura de los productos químicos en el hogar, las escuelas y la comunidad.
   - Reducir o prevenir la exposición de los adolescentes de ambos sexos a plaguicidas, productos químicos domésticos tóxicos y productos químicos liberados por una mala gestión de los residuos y un reciclaje inadecuado de los mismos, incluidos los residuos electrónicos y las baterías de plomoácido usadas *(128, 131, 611, 612)*.
   - Investigar las amenazas para la salud, tanto en la adolescencia como a lo largo de la vida, de sustancias químicas emergentes, como las sustancias químicas que alteran procesos endocrinos *(611, 612)*.
4. Fomentar y apoyar la acción climática por y para adolescentes y niños de ambos sexos *(613)*. Por ejemplo:
   - Elaborar contenidos multimedia y elementos interactivos atractivos y adecuados a cada edad para informar, implicar, educar y liderar la acción climática de la población joven *(613)*.
   - Promover el cambio social y de comportamiento y apoyar la educación sostenible y la acción medioambiental liderada por jóvenes con campañas de divulgación y participación pública y actividades de educación formal e informal que generen conocimientos y cambien actitudes, comportamientos y normas para abordar los factores indirectos de la pérdida de biodiversidad y la degradación de la naturaleza *(614)*.
   - Aplicar sistemas de establecimiento de normas y de etiquetado ecológico para informar mejor a los consumidores sobre los efectos de los productos en la biodiversidad, y promover la adquisición de conocimientos básicos de la población adolescente en materia de etiquetado ecológico *(614)*.
   - Fortalecer la alfabetización digital medioambiental y las capacidades de gobernanza electrónica de la población joven para que participe en las dimensiones medioambientales de la transformación digital *(614)*.
   - Aprovechar el activismo juvenil y amplificar las voces de la población joven para conseguir apoyo para un cambio medioambiental positivo, reduciendo y previniendo la contaminación y promoviendo una vida sostenible y más saludable *(614)*.
   - Organizarse con los ministerios de salud y de educación para fomentar y apoyar una vida más sostenible (p. ej., cambios en el estilo de vida que reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero).

Banco de recursos sobre adolescentes y medio ambiente



Fuente: OMS, 2021 *(69)*.



Fuente: OMS, 2017 *(605)*.



Fuente: PNUMA, 2021 *(613)*.



Fuente: OMS, 2018 *(370)*.



Fuente: UNICEF y OMS, 2020 *(615)*.



Fuente: UNICEF, 2022 *(130)*.



Fuente: OMS, 2021 *(616)*.



Fuente: OMS, 2017 *(128)*.

Capítulo 6. Seguimiento, evaluación e investigación

6.1 Panorama de los marcos mundiales y de la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente 194

6.2 Sistemas de recopilación de datos para los indicadores de la salud y del bienestar adolescente 199

6.3 Bases de datos mundiales sobre salud adolescente 200

6.4 Desglose de los datos de salud para el seguimiento de la desigualdad 200

6.5 Seguimiento y evaluación a nivel de los países de los programas para la salud y el bienestar adolescente 201

6.5.1 Programas de seguimiento de la salud y del bienestar adolescente 201

6.5.2 Evaluación de los programas de salud y bienestar adolescente 204

6.5.3 Apoyo a los países para el seguimiento de los programas de salud adolescente 205

6.6 Fomento de la investigación en materia de salud y bienestar adolescente 205

6.7 Participación de la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación 206



© OMS/NOOR/Sebastian Liste

Capítulo 6. Seguimiento, evaluación e investigación

Mensajes clave

- Para centrar la medición en los principales problemas de salud de la población adolescente, el Grupo Asesor sobre Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA) propone 47 indicadores prioritarios. Dichos indicadores proceden de los marcos de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* y los complementan. Tomando como base los sistemas existentes, los países deberían, en la medida de lo posible, recopilar y utilizar los datos sobre estos indicadores para hacer el seguimiento de los progresos realizados en la mejora de la salud de su población adolescente.
- Se está elaborando un enfoque para medir el bienestar adolescente que se utilizará a nivel mundial y de los países, y abarcará múltiples dominios, además del campo de la salud, a fin de brindar una perspectiva amplia del bienestar adolescente.
- Los rápidos cambios físicos, emocionales y sociales que tienen lugar en la adolescencia plantean desafíos especiales para los programas de salud adolescente, por lo que resulta esencial desglosar los datos por edad (grupos etarios de cinco años) y sexo.
- Es esencial que los programas de salud adolescente hagan el seguimiento de toda la gama de indicadores, desde los insumos y los procesos hasta los resultados inmediatos, los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto. Estos indicadores responden a diferentes preguntas y son útiles para distintos propósitos. Es indispensable realizar evaluaciones periódicas de los programas de salud y bienestar adolescente, que deben basarse en datos de seguimiento recopilados sistemáticamente.
- En la última década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llevado a cabo ejercicios de asignación de prioridades en áreas de la salud adolescente. Estos ejercicios pueden ayudar a investigadores y financiadores de las investigaciones a determinar y priorizar las áreas que requieren especial atención.
- El seguimiento, la evaluación y la investigación para mejorar la salud y el bienestar adolescente deben basarse en las opiniones de los propios adolescentes. Cada vez se utilizan más métodos participativos dirigidos por jóvenes, incluida la participación de adolescentes como evaluadores activos y en la investigación participativa. Entre los principios clave para implicar a la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación se encuentran los siguientes:
  - equilibrar su participación con la seguridad de su compromiso;
  - prestar atención a la evolución de la capacidad adolescente para tomar decisiones fundamentadas;
  - consideraciones en materia de género y equidad;
  - atención a los grupos desfavorecidos, vulnerables o marginados;
  - siempre que sea posible, integrar a la población adolescente en actividades de generación de evidencia como defensores, recopiladores de datos, analistas e investigadores.

6.1 Panorama de los marcos mundiales y de la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente

En el 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible *(618)*. En ella se establecen 17 objetivos, que incluyen 169 metas a las que se da seguimiento con 232 indicadores únicos *(618)*. Juntos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pretenden transformar nuestro mundo, exigiendo medidas para acabar con la pobreza y la desigualdad, proteger el planeta y lograr que todas las personas disfruten de salud, justicia y prosperidad. Se menciona repetidamente a la población adolescente como un grupo crucial para alcanzar muchos de los ODS *(619)*. Sin embargo, en gran medida son invisibles en el marco de los indicadores mundiales, debido, en parte, a la falta de datos desglosados por edad y sexo para medir el progreso en el grupo etario de 10 a 19 años *(454, 620)*.

La *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* (estrategia mundial) *(619)* hace hincapié en que la población infantil y adolescente debe estar en el centro de los ODS y lucha por un mundo en el que cada mujer, niño y adolescente pueda prosperar y desarrollar todo su potencial. Sus objetivos y metas, así como 34 de sus 60 indicadores, están alineados con los ODS, mientras que otros 26 indicadores se han extraído de iniciativas mundiales establecidas para la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. En total, 43 indicadores de la estrategia mundial están relacionados con la salud adolescente *(621)*.

Novedades en este capítulo

- el conjunto de indicadores prioritarios para medir la salud adolescente que propuso el Grupo Asesor sobre GAMA;
- un enfoque de medición de la salud y el bienestar adolescente que se está elaborando;
- buenas prácticas y principios clave para la inclusión significativa de la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación de los programas de salud y bienestar adolescente.

Además de los marcos de indicadores de los ODS y de la estrategia mundial, en un mapeo reciente se detectaron otras 14 iniciativas mundiales y regionales que incluyen indicadores de la salud adolescente *(622)*. Entre ellas se encuentran las de la Comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente *(623)*, Countdown to 2030 *(624)* y la iniciativa Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level *(625)*.

Con el propósito general de mejorar y armonizar la medición nacional y mundial de la salud adolescente, la OMS, en colaboración con organismos asociados del H6+ de las Naciones Unidas, creó el Grupo Asesor sobre GAMA, formado por 16 expertos mundiales en salud adolescente *(626)*. Los objetivos de este grupo asesor son *(627)*:

- proporcionar orientación técnica a la OMS, los organismos del H6+ de las Naciones Unidas y otros grupos de medición pertinentes para definir un conjunto básico de indicadores de la salud adolescente, con el fin de armonizar los esfuerzos en torno a la medición y la presentación de informes sobre la salud adolescente; y
- promover orientación armonizada para la medición de la salud adolescente, apoyando a los países y a las organizaciones técnicas en la recopilación de datos útiles para el seguimiento de los avances en la mejora de la salud adolescente.

Respecto al primer objetivo, se elaboró una lista consensuada de indicadores prioritarios con metadatos, a partir de las aportaciones estructuradas de una amplia variedad de partes interesadas *(5)*. En la figura 6.1 se muestra el proceso de selección de estos indicadores por parte del grupo asesor. La lista de indicadores se basa en los presentados por otras iniciativas, incluidos los ODS y la estrategia mundial, y garantiza la cobertura de los principales problemas de salud adolescente.

Varios indicadores se adoptaron de otras iniciativas y se modificaron únicamente para especificar el grupo etario de 10 a 19 años. En el cuadro 6.1 se presentan los nombres abreviados de los indicadores prioritarios de la lista y se señala la forma en que esta complementa los marcos de indicadores de los ODS y de la estrategia mundial.

En el recuadro 6.1 se describe la elaboración de un enfoque para medir el bienestar adolescente, que incluye el ámbito de la salud, entre otros.



© OMS/Ala Kheir

Cuadro 6.1. Indicadores prioritarios (nombres abreviados) para medir la salud adolescente propuestos por el Grupo Asesor sobre GAMA y forma en que complementan los marcos de indicadores de los ODS y de la estrategia mundial

Dominio	Indicador (nombre abreviado) propuesto por el Grupo Asesor sobre GAMA*	Indicador de los ODS correspondiente	Indicador correspondiente de la estrategia mundial
Determinantes sociales, culturales, económicos, educativos y medioambientales de la salud	Proporción de población adolescente		
	Finalización de los estudios	4.1.2	
	Habilidades básicas de aprendizaje	4.1.1	Indicador clave 14: Transformar
	Pobreza	1.2.1[a], 1.1.1[a]	
	Inseguridad alimentaria	2.1.2[a]	
	Toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva en las adolescentes mayores	5.6.1[a]	Prosperar[a]
	Adolescentes sin estudios, empleo ni capacitación	8.6.1[a]	Transformar[a]
Comportamientos y riesgos relacionados con la salud	Sobrepeso y obesidad		
	Delgadez		
	Consumo excesivo episódico de alcohol	3.5.2[a]	Sobrevivir[a,b]
	Consumo de alcohol		
	Consumo de cannabis		
	Consumo de tabaco	3.a.1[a]	Sobrevivir[a]
	Consumo de cigarrillos electrónicos		
	Consumo de frutas y verduras		
	Consumo de bebidas azucaradas		
	Actividad física		Prosperar[a]
	Intimidación o *bullying*	4.a.2 (indicador temático)[a]	
	Primera relación sexual antes de los 15 años		
	Concientización sobre 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 anticonceptivos satisfecha (método moderno)	3.7.1[a]	Prosperar[a]
	Asistencia cualificada en el parto	3.1.2[a]	Sobrevivir[a]
Políticas, programas y leyes	Programa nacional de salud adolescente		
	Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a la población adolescente		
	Exenciones del pago por uso de los servicios de salud para la población adolescente		
	Restricciones legales para acceder a los servicios de salud		

Cuadro 6.1. (continuación) Indicadores prioritarios (nombres abreviados) para medir la salud adolescente propuestos por el Grupo Asesor sobre GAMA y forma en que complementan los marcos de indicadores de los ODS y de la estrategia mundial

Dominio	Indicador (nombre abreviado) propuesto por el Grupo Asesor sobre GAMA*	Indicador de los ODS correspondiente	Indicador correspondiente de la estrategia mundial
Desempeño de los sistemas e intervenciones	Uso de los servicios de salud		
	Cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano	3.b.1[a]	Sobrevivir[a,b]
	Servicios integrales de salud escolar		
	Escuelas que imparten educación sobre el VIH y la sexualidad	4.7.2 (indicador temático)	Prosperar[a,b]
Bienestar subjetivo	Alguien con quien hablar de los problemas		
	Relaciones familiares positivas		
Resultados y problemas de salud	Tasa de mortalidad (por cualquier causa)		Indicador clave 5: Sobrevivir
	Tasa de mortalidad (por causas específicas)		Sobrevivir[b]
	Tasa de natalidad en adolescentes	3.7.2[a]	Indicador clave 7: Prosperar[a]
	Prevalencia de la infección por el VIH		
	Incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS)		
	Anemia		Prosperar[a]
	Intento de suicidio		
	Síntomas de depresión o ansiedad		Sobrevivir[a,b]
	Búsqueda de atención para la depresión o la ansiedad		
	Tasa de hospitalización por lesiones (por causas específicas)		
	Experiencia de violencia física	16.1.3[a]	
	Experiencia de violencia sexual con contacto	16.1.3[a]	
	Experiencia de violencia sexual antes de los 18 años	16.2.3	Transformar

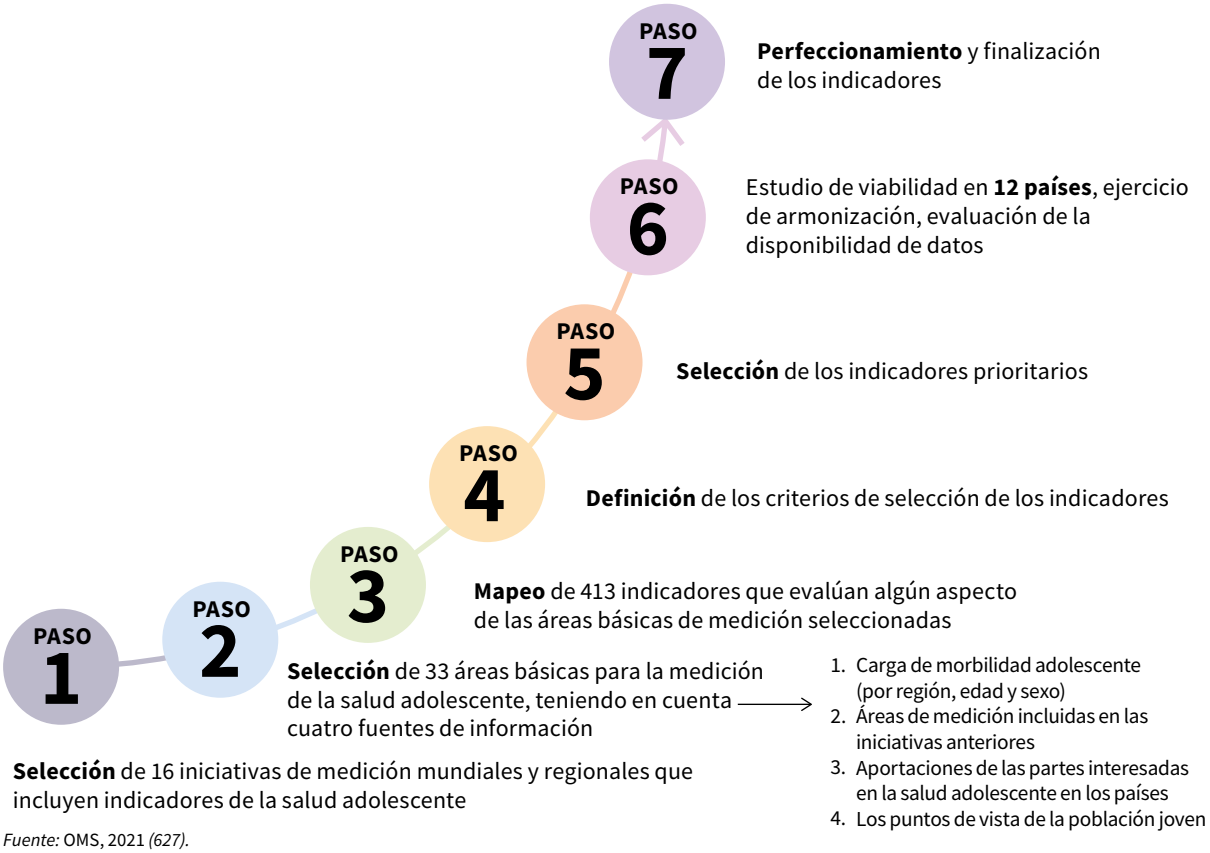
* Los indicadores destacados en cursiva se consideran "indicadores adicionales" para entornos que se beneficiarían de un mayor nivel de detalle y en los que se dispone de recursos para la recopilación de datos y la elaboración de informes.

[a] El indicador propuesto por el Grupo Asesor sobre GAMA se ha ajustado al grupo etario adolescente.

[b] En la estrategia mundial se señala que el indicador está en fase de desarrollo.

Fuente: OMS, 2021 *(627)*.

Figura 6.1. Proceso utilizado por el Grupo Asesor sobre GAMA para seleccionar los indicadores prioritarios para la medición de la salud adolescente



Fuente: OMS, 2021 *(627)*.

Recuadro 6.1. Medición del bienestar adolescente

En el 2020, el Grupo de Trabajo Técnico H6+ de las Naciones Unidas sobre Salud y Bienestar Adolescente elaboró una definición y un marco conceptual del bienestar adolescente *(31)*. La definición propuesta de bienestar adolescente —"Los adolescentes de ambos sexos prosperan y son capaces de desplegar todo su potencial"— se basa en cinco dominios: 1) buena salud y nutrición óptima; 2) conexión, valores positivos y contribución a la sociedad; 3) seguridad y entorno propicio; 4) aprendizaje, competencia, educación, habilidades y empleabilidad; y 5) capacidad de acción y resiliencia. Para lograr el avance de la agenda del bienestar adolescente, la OMS, en colaboración con asociados de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH) y de las Naciones Unidas y con el apoyo de un grupo asesor de expertos, está liderando la elaboración de un enfoque de medición del bienestar adolescente. Como parte de este esfuerzo, se definirán y reforzarán los indicadores prioritarios basados en los indicadores de salud adolescente priorizados por el Grupo Asesor sobre GAMA. El enfoque de medición se diseñará para los niveles mundial y de los países, con el objetivo principal de ayudar a los países a recopilar los datos más importantes para mejorar el bienestar de su población adolescente.

Fuente: UNICEF, 2020 *(307)*.

6.2 Sistemas de recopilación de datos para los indicadores de la salud y del bienestar adolescente

Muchos indicadores relacionados con la salud adolescente proceden de encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud (DHS, por su sigla en inglés) *(628)*, las encuestas de indicadores por conglomerados (MICS, por su sigla en inglés) *(629)* (aunque estas últimas no suelen incluir a los adolescentes varones ni a los hombres jóvenes) o de encuestas de salud en las escuelas, como la Encuesta Mundial de Salud Escolar *(630)*, el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC]) *(631)* y la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes *(563)*. Aunque las encuestas demográficas y de salud y las encuestas de indicadores por conglomerados no se centran explícitamente en la población adolescente, por lo general se incluye a las adolescentes mayores y, a veces, a los hombres de 15 a 19 años.

Otra fuente importante de datos sobre la población adolescente son los sistemas de registro civil y estadísticas demográficas. En un sistema registro civil y estadísticas demográficas que funcione correctamente se registran todos los nacimientos y las defunciones, se expiden certificados de nacimiento y de defunción, y se recopilan y difunden estadísticas demográficas, incluida la información sobre la causa de muerte. También se pueden registrar los matrimonios y los divorcios *(632)*.

Los sistemas nacionales de información de salud (SNIS) sirven a múltiples usuarios y a una amplia gama de propósitos que pueden resumirse como la "generación de información que permita que los responsables de la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud determinen los problemas y las necesidades, tomen decisiones basadas en la evidencia sobre política de salud y asignen de forma óptima los recursos escasos" *(633)*. Los SNIS incluyen sistemas de información de salud de carácter sistemático, que recopilan y notifican periódicamente los datos de los establecimientos de salud.

Las encuestas sobre políticas de salud también son pertinentes para la salud y el bienestar adolescente. Un ejemplo a nivel escolar es la Encuesta Mundial de Políticas y Prácticas de Salud Escolar, que permite que los países generen datos fiables sobre las políticas y prácticas de salud escolar en todo el país *(565)*.

Los sistemas de recopilación de datos deben garantizar que los datos de seguimiento puedan utilizarse para la gestión en todos los niveles del sistema de salud, como el distrital o el subdistrital. También se necesitan sistemas que permitan emplear los datos para el seguimiento a escala regional y nacional.

En el cuadro 6.2 se ofrece una visión general de las fuentes de datos más comunes para los indicadores de la salud adolescente.

Cuadro 6.2. Fuentes de datos comunes para los indicadores relacionados con la salud adolescente

Dominio del indicador	Fuentes de datos	Ejemplos
Determinantes de la salud	• RCED • Encuestas domiciliarias representativas del nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores por conglomerados	• Adolescentes sin estudios, empleo ni capacitación
Comportamientos y riesgos relacionados con la salud	• Encuestas domiciliarias representativas del nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores por conglomerados • Encuestas escolares	• Sobrepeso y obesidad • Consumo de tabaco
Políticas, programas y leyes	• Encuestas sobre políticas, incluidas las escolares • Entrevistas a informantes clave • Autonotificados por los gobiernos	• Programa nacional de salud adolescente • Normas nacionales para la prestación de servicios de salud a la población adolescente
Desempeño de los sistemas e intervenciones	• Sistema nacional de información de salud • Encuestas de establecimientos de salud • Encuestas sobre políticas, incluidas las políticas escolares	• Cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano • Uso de los servicios de salud; • Escuelas que imparten educación sobre el vih y la sexualidad
Resultados y problemas de salud, bienestar subjetivo	• RCED • Sistema nacional de gestión de la información de salud • Encuestas domiciliarias representativas del nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores por conglomerados • Encuestas escolares	• Tasa de mortalidad (por cualquier causa) • Prevalencia de la infección por el VIH • Experiencia de violencia sexual antes de los 18 años • Relaciones familiares positivas

RCED: registro civil y estadísticas demográficas.
Fuente: Adaptado de McGuire *et al.*, 2019 *(54)*.

6.3 Bases de datos mundiales sobre salud adolescente

El portal de datos de la OMS sobre Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento *(634)*, el portal de datos sobre adolescentes de UNICEF *(635)* y el panel de adolescentes y jóvenes del UNFPA *(636)* reúnen y presentan datos de fuentes comunes sobre algunos de los indicadores más importantes de la salud y el bienestar adolescente en todo el mundo.

En estos portales de datos se puede acceder a datos actualizados de ámbito mundial, regional y de país, visualizarlos de diversas formas (inclusive en perfiles de los países) y descargarlos *(637)*. Cuando no se dispone de datos, los portales de datos constatan estas lagunas. El Repositorio de Microdatos de ENT *(638)* contiene datos de registros individuales de la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en más de 100 países de todo el mundo.

6.4 Desglose de los datos de salud para el seguimiento de la desigualdad

Los factores determinantes, de riesgo y de protección de la salud, así como los resultados en materia de salud, rara vez se distribuyen por igual en la población, y los programas de salud llegan a diferentes grupos de población en distinto grado. Por ejemplo, uno de los indicadores recomendados por el Grupo Asesor sobre GAMA y la estrategia mundial es la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adolescente. La actividad física insuficiente difiere sustancialmente en función de la edad de los y las adolescentes, su sexo, su residencia en zonas urbanas o rurales y su situación de escolarización *(282)*. Pasar por alto estas diferencias puede implicar que los programas sigan desatendiendo las necesidades de determinados grupos de población.

Pocas encuestas recopilan datos sobre una muestra representativa de toda la población adolescente. Las encuestas escolares de escala mundial —como la Encuesta Mundial de Salud Escolar (Global School-Based Student Health Survey [GSHS]), el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC]) o la Encuesta Mundial sobre el Tabaco entre los Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey [GYTS])— tienen como objetivo incluir una muestra representativa de adolescentes escolarizados dentro de rangos de edad especificados. Los sesgos introducidos al excluir a los adolescentes de ambos sexos no escolarizados varían según el país, al igual que difiere considerablemente la proporción de los escolarizados. Encuestar a los adolescentes de ambos sexos no escolarizados es más difícil, ya que no existe un único entorno en el que se pueda llegar a ellos con facilidad. Pero entre las personas a las que es difícil llegar, porque no van a la escuela o rara vez acuden a los servicios de salud, pueden encontrarse las que corren el mayor riesgo, tanto en términos de comportamientos relacionados con la salud como de mala salud.

El seguimiento de la equidad y los derechos de la población adolescente es sumamente importante. El manual técnico de Innov8 *(461)* brinda orientación útil al respecto. La orientación de la OMS sobre el seguimiento de las desigualdades en materia de salud es también pertinente para el seguimiento de la salud y el bienestar adolescente *(639)*.

Como parte del seguimiento de la desigualdad, la agenda de los ODS para el 2030 *(618, 621)*, así como la estrategia mundial, exigen el desglose de los datos por edad, sexo, discapacidad, nivel socioeconómico y otras dimensiones, según proceda. El trabajo del Grupo Asesor sobre GAMA ha puesto también de relieve la gran importancia del desglose de los datos notificados sobre adolescentes *(5)*, y en un artículo del 2021 se recomienda el desglose por grupos etarios de cinco años a lo largo del curso de vida *(640)*. Esta recomendación ha sido adoptada, entre otros, por el Programa Mundial de la OMS sobre Tuberculosis (recuadro 6.2). Pese a estas recomendaciones globales sobre el desglose estándar por edad, también podría ser necesario un desglose por edad diferente o un desglose adicional por otros factores en función del contexto o de las políticas locales o para enfermedades o programas de salud específicos *(640)*.

Los sistemas de gestión de la información de salud rara vez facilitan datos específicos sobre la población adolescente, aunque esto está cambiando. Incluso cuando se recopilan estos datos en el nivel de los establecimientos, los datos notificados suelen combinarse con datos de otros grupos etarios al pasar al nivel distrital o nacional. No es habitual que haya datos sobre adolescentes desglosados por edad y sexo en los países que más los necesitan, es decir, los

Recuadro 6.2. Desglose por edad en el Programa Mundial sobre Tuberculosis de la OMS

El Programa Mundial de la OMS sobre Tuberculosis ha reforzado recientemente la recopilación de datos para el informe mundial anual sobre la tuberculosis, a fin de conocer mejor la carga de esta enfermedad y hacer el seguimiento del avance hacia las metas fijadas por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Lucha contra la Tuberculosis en materia de tratamiento, prevención y necesidades específicas de niños y adolescentes de ambos sexos. Se anima a los países a notificar los casos de TB en grupos etarios desglosados (0-4, 5-9, 1014 y 15-19 años) con sistemas electrónicos de registro y notificación; a que informen sobre el número de niños y de adolescentes jóvenes, de ambos sexos, que siguen tratamiento para la TB resistente a la rifampicina y la TB multirresistente; y a que informen sobre los resultados del tratamiento y sobre la TB en niños y adolescentes jóvenes, de ambos sexos, con infección por el VIH.

que tienen grandes poblaciones adolescentes, elevadas cargas de morbilidad en la adolescencia e infraestructuras relativamente pobres. En cambio, los datos se suelen recopilar de tal forma que pueden invisibilizar las experiencias particulares de la población adolescente, por ejemplo, al utilizar franjas etarias de 5-14 años, 15-24 años y 15-49 años *(376)*.

Hay otros puntos débiles además del desglose por edad y sexo. Los datos sobre adolescentes jóvenes (10-14 años) proceden en su mayoría de sistemas de recopilación de datos escolares que tienen una utilidad limitada cuando el ausentismo es alto y la retención, baja. Los programas deben examinar todos los sistemas nacionales para la recopilación de datos de salud y encontrar mecanismos para incorporar el énfasis en adolescentes de ambos sexos, incluidos los de menor edad y los que no están escolarizados *(561)*, en sus esfuerzos por medir el desempeño de la atención primaria *(641)* o el progreso hacia la cobertura universal de salud. Excepto en el caso de las personas menores de cinco años, se recomienda hacer grupos etarios de cinco años para todos los datos de salud *(640)*.

6.5 Seguimiento y evaluación a nivel de los países de los programas para la salud y el bienestar adolescente

6.5.1 Programas de seguimiento de la salud y del bienestar adolescente

El seguimiento de un programa consiste en recopilar datos de forma sistemática para comprobar su progreso. Su objetivo es responder a la pregunta: "¿Estamos haciendo lo que planificamos?". Es un componente esencial de los programas y es crucial para guiar los esfuerzos y las inversiones. También es una herramienta fundamental de promoción para impulsar nuevos esfuerzos e inversiones. En la figura 5.1 se presenta el marco lógico necesario para aplicar las políticas y las intervenciones prioritarias para la población adolescente. El seguimiento de los éxitos y los desafíos de la aplicación es importante no solo para demostrar los avances, sino también para detectar qué correcciones son necesarias.

El marco común de seguimiento y evaluación dentro de la Alianza Sanitaria Internacional (UHC2030) *(642, 643)* clasifica los indicadores para el seguimiento de los programas de salud en cinco categorías (véase el marco lógico en el capítulo 5): 1) insumos (p. ej., financiamiento y recursos humanos), 2) procesos (p. ej., cadena de suministro y mecanismos de intercambio de información), 3) resultados inmediatos (p. ej., disponibilidad de servicios e intervenciones y su calidad), 4) resultados intermedios (p. ej., cobertura de las intervenciones y prevalencia de los comportamientos de riesgo) y 5) resultados a nivel del impacto (p. ej., impacto en materia de salud y eficiencia de los sistemas). El marco de la UCH2030 es útil para pensar en los procesos para vigilar y evaluar los programas de salud y bienestar adolescente (cuadro 6.3).

La mayoría de los indicadores mundiales propuestos miden los resultados en materia de salud o su impacto *(5, 618, 621)*. Son relativamente pocos los indicadores que miden insumos, procesos o resultados inmediatos. En el contexto nacional, los indicadores seleccionados para el seguimiento de los insumos, procesos y resultados inmediatos exclusivos del contexto de un país deben agregarse para impulsar mejoras de la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los programas.

En el cuadro 6.3 se ofrecen ejemplos de indicadores para el seguimiento de un programa para facilitar un sistema nacional de salud que responda a las necesidades de la población adolescente y un programa sobre nutrición adolescente.



© UNICEF/UN0747334/Karimi

Cuadro 6.3. Ejemplos de indicadores para el seguimiento de un programa para facilitar un sistema nacional de salud que responda a las necesidades de la población adolescente y un programa sobre nutrición adolescente

Programa (véase el capítulo 5)	Insumos y procesos	Resultados inmediatos	Resultados intermedios	Impacto
Programa para facilitar un sistema nacional de salud adaptado a la población adolescente	Programa nacional de salud adolescente: • programa nacional de salud adolescente disponible Financiamiento y recursos disponibles para los programas: • por fuente • número de trabajadores de salud por cada 10 000 habitantes por categorías, distribución geográfica, lugar de empleo, etc. Procesos apropiados para apoyar la salud adolescente: • estructuras de gobernanza para el programa de salud adolescente definidas a nivel nacional, subnacional y local. • mecanismos adoptados para asegurarse de que los sistemas de salud respondan a las necesidades de la población adolescente	Prestadores de atención de salud capacitados en materia de salud adolescente: • número y porcentaje de prestadores de atención de salud capacitados para prestar servicios de salud a la población adolescente • proporción de instituciones de educación y capacitación destinatarias con un componente de salud adolescente en su plan de estudios en consonancia con las competencias básicas de la OMS en materia de salud adolescente para los prestadores de atención primaria Sistemas de salud adaptados a la población adolescente disponibles y accesibles: • número y proporción de establecimientos de salud adaptados a las necesidades de la población adolescente • número y proporción de trabajadores de salud con adaptación acreditada a las necesidades de la población adolescente, por categoría Docentes capacitados para proporcionar educación en materia de salud adolescente: • proporción de instituciones de educación y capacitación con personal capacitado en los enfoques recomendados para la educación y capacitación en materia de salud adolescente	Servicios de salud aceptables para la población adolescente: • proporción de adolescentes que expresan satisfacción con la atención recibida Cobertura: • porcentaje de mujeres de 15 a 19 años cuya demanda de métodos anticonceptivos se satisface con métodos modernos	Resultados mejorados en materia de salud adolescente • tasa de mortalidad adolescente (por sexo y grupo etario) • tasa de natalidad en adolescentes (por grupo etario)

Cuadro 6.3. (continuación) Ejemplos de indicadores para el seguimiento de un programa para facilitar un sistema nacional de salud que responda a las necesidades de la población adolescente y un programa sobre nutrición adolescente

Programa (véase el capítulo 5)	Insumos y procesos	Resultados inmediatos	Resultados intermedios	Impacto
Programa escolar para la mejora de la salud y la nutrición adolescente	Política, legislación y reglamentos: • orientación sobre la puesta en práctica de la política y el programa escolar a nivel subnacional • programas de estudio para la capacitación del profesorado y de los prestadores de servicios de salud y nutrición adolescente, incluida la educación integral en sexualidad • herramientas y mecanismos de seguimiento y supervisión disponibles Financiamiento disponible (a nivel nacional y subnacional): • por fuente • modalidades operativas acordadas y establecidas • firma de memorandos de entendimiento con las entidades locales pertinentes para habilitar el sistema de derivación • detección y contratación de recursos humanos para aplicar los servicios de salud y nutrición adolescente (profesorado, trabajadores de salud, enfermeras escolares)	Adquisición y distribución (a nivel subnacional) de productos básicos y materiales: • número de vacunas, suplementos, comidas y material de asesoramiento suministrados Paquete de salud y nutrición adolescente proporcionado (cobertura de la intervención): • número de escuelas que aplican el paquete de salud y nutrición adolescente • número de estudiantes de ambos sexos que recibieron intervenciones de salud y nutrición adolescente Mejora de los conocimientos sobre salud y nutrición y del acceso a los servicios por parte de la población adolescente: • mejor conocimiento de los temas de salud y nutrición incluidos en el paquete de salud y nutrición adolescente • mejor acceso de la población adolescente a los servicios de salud y nutrición	Mejores resultados educativos: • mejor asistencia escolar • mejor desempeño académico Mejores resultados en materia de salud, nutrición y aprendizaje adolescentes: • años de escolaridad completados • retraso en el inicio de la actividad sexual • aumento del uso de anticonceptivos • mejora del aporte de energía y nutrientes • mejora del estado nutricional	Impacto a corto plazo: • mejores resultados en materia de salud, nutrición y educación adolescentes: • menor número de embarazos en adolescentes • menos malnutrición en adolescentes de ambos sexos, sobre todo en las chicas • menos retraso del crecimiento estatural Impacto a largo plazo: • mayores oportunidades de empleo y de obtener ingresos • crecimiento económico

Los indicadores propuestos en el cuadro 6.3 no son prescriptivos ni exhaustivos. Se trata más bien de ejemplos para demostrar la importancia de los distintos tipos de indicadores para el seguimiento y la evaluación cotidianos de los programas. La elección de los indicadores depende de las prioridades estratégicas específicas del programa, y está limitada por consideraciones prácticas y por las fuentes de datos disponibles. Para complementar los indicadores genéricos recomendados por el Grupo Asesor sobre GAMA, los países tendrán que seleccionar indicadores adaptados específicamente para indicar con claridad si el programa está haciendo lo que estaba previsto.

Estos indicadores también suministrarán información para apoyar el trabajo diario de gestión y toma de decisiones de los programas. Para que un programa funcione con eficacia, hay que hacer el seguimiento en todas sus fases, incluida la planificación. Es preciso considerar por separado cada paso en el marco lógico (descrito en el capítulo 5) y dar seguimiento a cada actividad importante. A corto plazo, los datos más útiles provendrán de los indicadores para el seguimiento del progreso en la primera mitad de la cadena de resultados, desde los insumos y el proceso hasta los resultados inmediatos, ya que estos deben cambiar relativamente rápido. Sin embargo, también se debe hacer desde el principio el seguimiento de los indicadores de los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto, para asegurarse de que se establece un punto de referencia para llevar a cabo el seguimiento de los avances a lo largo del tiempo.

Los programas de salud y bienestar adolescente tienen características específicas diferentes de las de los programas para otros grupos etarios, y deben diseñarse sistemas para realizar el seguimiento de estas características. Incluso en la población adolescente, las necesidades de salud de los adolescentes de menor y mayor edad son muy diferentes. Los cambios en el desarrollo durante la adolescencia son rápidos y, a diferencia de los que ocurren en niños más pequeños, difieren sustancialmente entre uno y otro sexo. En consecuencia, el desglose detallado por edad y sexo de los datos de seguimiento es más importante que para cualquier otro grupo etario.

6.5.2 Evaluación de los programas de salud y bienestar adolescente

Mientras que el seguimiento es la recopilación sistemática de datos para comprobar el progreso de un programa o la ejecución de una intervención, la evaluación valora el grado en que un programa cumple sus metas y objetivos. Responde a preguntas como: "¿Se ejecuta el programa de forma eficaz y eficiente?". Las evaluaciones contribuyen a la evidencia general de la eficacia de las intervenciones y pueden emplearse para mejorar o reorientar la ejecución y para la posterior planificación de los programas. Pueden realizarlas miembros del personal interno del programa o evaluadores externos. Los datos de seguimiento son un recurso importante para cualquier evaluación de programas.

Las evaluaciones de los programas deben seguir los criterios del Comité de Asistencia para el Desarrollo *(644)*, que incluyen mediciones de lo siguiente:

- pertinencia: congruencia con la meta general de los programas y su impacto deseado;
- eficacia: razones para lograr (o no) los principales objetivos de los programas;
- eficiencia: coste de los recursos (ya sea alto o bajo) para lograr resultados;
- impacto: la diferencia que el programa ha supuesto para los beneficiarios; y
- sostenibilidad: probabilidad de que los beneficios del programa continúen cuando haya cesado el apoyo externo.

En el presente documento no se cubren los fundamentos de la evaluación de programas en general; esto se trata en otros textos *(642, 643)*. El objetivo es poner de relieve las cuestiones relativas a la evaluación de los programas de salud y bienestar adolescente.

Los países deben realizar evaluaciones periódicas del grado en que su programa de salud y bienestar adolescente cumple sus metas y objetivos. En el estudio de caso 6.1 *(645)* se presenta un ejemplo de evaluación de un programa de actividad física para adolescentes en el Reino Unido.

Para que una evaluación de programas tenga sentido y sea útil, debe ser rigurosa y objetiva; debe ser algo más que una lista de verificación superficial que revela poco acerca de la calidad o la cobertura de un programa. Por ejemplo, la evaluación de un programa nacional sobre educación integral en sexualidad no debe limitarse a documentar que la educación sexual está incluida en el programa de estudios nacional. En la evaluación se debe examinar que cada aspecto del programa de estudios de educación integral en sexualidad está en consonancia con los temas y métodos propuestos en las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad* de la UNESCO *(103)*, en particular con los temas que puedan ser delicados o polémicos. En la evaluación se debe valorar la calidad y la cobertura de la capacitación del profesorado para impartir el programa. También se debe evaluar la cobertura y la calidad de la ejecución. Lo ideal sería que en dicha evaluación participaran expertos externos en educación integral en sexualidad con la capacidad técnica necesaria para evaluar el programa de forma rigurosa, a fin de reducir la posibilidad de sesgo, ya que los representantes del sector de la educación pueden tener un conflicto de intereses.

La planificación de las evaluaciones debe ser parte integrante de la planificación del programa e incluirse en el plan inicial correspondiente para que se asigne el presupuesto adecuado. Dicha planificación también ayuda a aclarar las metas y los objetivos específicos del programa, con lo cual es más fácil prever y evitar desafíos que, de otro modo, acabarían detectando los evaluadores.

La función principal de un sistema de seguimiento y evaluación es crear una base de información para las decisiones en materia de gestión. La información de las evaluaciones debe incorporarse directamente y sin demora a la planificación programática y al establecimiento de prioridades. Los exámenes periódicos de los programas son una forma de asegurarse de que se empleen los resultados de las evaluaciones, en lugar de simplemente archivarlos. Estos exámenes deben incluir una valoración en la que se tengan en cuenta los resultados de las evaluaciones internas y externas de los

programas. En los exámenes de los programas también es preciso tener en cuenta los datos de seguimiento y la opinión de las partes interesadas, que deben incluir el punto de vista de los propios adolescentes y de organizaciones dirigidas por jóvenes y al servicio de los jóvenes. Los resultados de la evaluación deben incorporarse a procesos de examen participativos donde se reevalúen y modifiquen las prioridades, los enfoques y las metas de los programas, según sea necesario.

6.5.3 Apoyo a los países para el seguimiento de los programas de salud adolescente

Muchos países disponen de datos empíricos sobre algunos de los indicadores de la salud adolescente recomendados por el Grupo Asesor sobre GAMA, pero no sobre todos ellos. La OMS, el instrumento mundial de colaboración sobre datos de salud (Health Data Collaborative) y otras entidades están trabajando con los países para mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de los datos para la toma de decisiones a nivel local y el seguimiento de los avances hacia los ODS relacionados con la salud *(646)*. Para que el seguimiento y la evaluación de los programas de salud y bienestar adolescente sean significativos, los países también deben asegurarse de desglosar los datos por grupo etario y sexo, así como por otros factores en la medida de lo posible.

6.6 Fomento de la investigación en materia de salud y bienestar adolescente

La investigación tiene por objeto estudiar y examinar sistemáticamente cuestiones importantes para descubrir nuevos hechos y aumentar los conocimientos. Como se ha mostrado en los capítulos anteriores, se sabe mucho sobre la carga de morbilidad y lesiones en la adolescencia y los factores de riesgo de la futura carga en la edad adulta, las intervenciones de salud eficaces y la priorización y aplicación de intervenciones en los programas de salud y bienestar adolescente. Aun así, es esencial seguir investigando acerca de la salud y el bienestar adolescente para alcanzar los ambiciosos ODS relacionados con la salud. Entre las áreas clave se encuentran el desarrollo de evidencia sobre qué intervenciones deben aplicarse y en qué condiciones (el qué y el cómo de la programación para la salud y el bienestar adolescente). Las amenazas y oportunidades emergentes, como el uso nocivo de los medios digitales, el cambio climático y el riesgo de pandemias, también requieren inversiones en investigación.

La investigación centrada en el desarrollo infantil y adolescente se ha llevado a cabo principalmente en los países de ingresos altos de América del Norte y Europa Occidental *(647, 648)*, pasando por alto cuestiones de

Estudio de caso 6.1

Evaluación del proceso de la intervención de actividad física dirigida por pares para chicas adolescentes (PLAN-A) en el Reino Unido



© OMS

En el Reino Unido, el programa PLAN (en inglés, Peer-Led physical Activity iNtervention for Adolescent girls) se dirigía a chicas de 12 y 13 años. Su meta era aumentar los conocimientos de las chicas sobre la actividad física, detectar y desarrollar habilidades interpersonales y capacitar a las chicas participantes y a sus pares para desarrollar nuevas normas y mensajes positivos sobre la actividad física. Tras llevar a cabo un ensayo de viabilidad aleatorizado por conglomerados en 2015-2016, se realizó una evaluación de procesos para determinar si el programa podía aplicarse a escala según lo previsto y para detectar las mejoras necesarias para el éxito de la intervención y su aceptabilidad por parte de las principales partes interesadas. En la evaluación se utilizó un enfoque de métodos mixtos para recopilar datos cualitativos y cuantitativos de diversos grupos, entre ellos compañeros de apoyo y otros alumnos, padres, profesores y formadores. En la evaluación de procesos se constató que la estructura y el plan propuestos para la capacitación de apoyo entre pares parecían cumplir los objetivos del programa. La evaluación fue útil para informar sobre el contexto de la programación y detectar las áreas de éxito, incluida la duración, el calendario, el contenido y parámetros de prestación. Además, en la evaluación se sugirieron mejoras, como aumentar el aprendizaje participativo, reducir la jerga técnica y proporcionar más ayuda para superar los desafíos a la hora de prestar apoyo entre pares.

Fuente: Sebire *et al.*, 2019 *(645)*.

desarrollo exclusivas de la mayoría que vive en los países de ingresos bajos y medianos. Esto deja un vacío en la investigación básica que aborda el desarrollo normativo durante la adolescencia en una serie de contextos culturales, sociales y ambientales. Los enfoques interdisciplinarios y las colaboraciones entre investigadores académicos y quienes trabajan en entornos de investigación aplicada ofrecen muchas posibilidades de colmar esas lagunas de conocimiento.

Para fortalecer los programas y las políticas, es necesario invertir más en desentrañar los desafíos y las oportunidades de los programas multisectoriales para adolescentes. Se necesitan avances conceptuales y en materia de medición para seguir estudiando el alcance, la capacidad de acción, la conectividad, la participación cívica y social y el compromiso de la población adolescente. Además, mientras que las encuestas de hogares suelen captar la situación de los adolescentes de 15 años o más, el grupo de 10 a 14 años no está adecuadamente cubierto. Por último, pero no por ello menos importante, la inclusión debe ser una prioridad para la recopilación de datos y la investigación. Según indicó un examen reciente de las brechas de la evidencia, menos de uno de cada cinco estudios analizó el género como variable de interés, y solo el 3% de los estudios abordaron la discapacidad *(649)*.

Por desgracia, en comparación con la capacidad de investigación sobre la salud materna, neonatal e infantil, la capacidad de investigación sobre la población adolescente es escasa, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, que es donde más se necesita *(454)*. La inversión para reforzar la capacidad de investigación deberá implicar a múltiples disciplinas. Es probable que este tipo de investigación genere un rendimiento considerable de la inversión. En el recuadro 6.3 se describe una nueva iniciativa del Mecanismo Mundial de Financiamiento para fortalecer la investigación sobre la aplicación en el ámbito de la salud adolescente.

Recuadro 6.3. Nueva iniciativa para fomentar la investigación sobre la aplicación en el campo de la salud adolescente

La nueva red virtual de aprendizaje y acción del Mecanismo Mundial de Financiamiento, Adolescent Health Learning, Actions and Benchmarking (ADLAB), se centra en la salud y el bienestar adolescente. Está dirigida por representantes de iniciativas mundiales (entre ellas, GAMA), organismos de las Naciones Unidas y grupos de interés regionales y de jóvenes.

La ADLAB apoyará una red de investigación conformada por asociados académicos y técnicos locales para respaldar la investigación sobre cómo llevar a cabo la ampliación de las intervenciones de salud adolescente a través de los sistemas nacionales y responder a las preguntas prioritarias procedentes de los países apoyados por el Mecanismo Mundial de Financiamiento en colaboración con la propia población adolescente.

La ADLAB tiene los siguientes objetivos:

- fortalecer la evidencia y el aprendizaje sobre lo que funciona;
- facilitar el uso de la evidencia y el aprendizaje;
- redefinir la forma de medir y conocer la salud y el bienestar adolescente de una manera más integral y holística.

Se trata de traducir las lagunas en conocimientos y la prestación de servicios en preguntas de evaluación e investigación, llevar a cabo investigaciones y facilitar el uso de los resultados de la investigación para fundamentar normas y pautas, directrices y otras herramientas que mejoren la toma de decisiones *(650)*.

Es innegable que el número de cuestiones de investigación importantes es grande, y habrá que priorizar las inversiones. En los últimos 10 años, la OMS ha llevado a cabo ejercicios de establecimiento de prioridades en materia de salud y bienestar adolescente para ayudar a los países a orientar sus inversiones en investigación *(651-655)*. En estos ejercicios se emplean versiones de la metodología del Child Health and Nutrition Research Institute (CHNRI) *(656)*, en la que los expertos proponen posibles preguntas de investigación y luego las puntúan en función de su claridad, posibilidad de respuesta, importancia, posibilidad de ejecución y pertinencia para la equidad. Según indicaron los ejercicios, las prioridades han dejado de centrarse en preguntas básicas sobre la prevalencia de enfermedades específicas para abordar la mejor manera de ampliar las intervenciones disponibles y comprobar la eficacia de las nuevas.

6.7 Participación de la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación

En la medida de lo posible, la población adolescente debe participar en el seguimiento, la evaluación y la investigación de los programas para mejorar la salud adolescente. No solo hay que escuchar sus opiniones, sino que cada vez hay más posibilidades de que los adolescentes y los jóvenes de ambos sexos participen activamente como evaluadores. Cada vez se realiza más investigación en materia de acción participativa dirigida por jóvenes, sobre todo en entornos comunitarios. Los adolescentes de ambos sexos que participan en este tipo de investigación definen los problemas que quieren abordar, investigan para conocer las dificultades y las posibles soluciones, y abogan por cambios basados en

la evidencia producida por la investigación. El uso de estos modelos de colaboración puede ayudar a aumentar el poder de la población adolescente marginada para lograr cambios. La investigación en acción participativa dirigida por jóvenes consta de cuatro fases: 1) selección de temas, 2) diseño y métodos de investigación, 3) análisis e interpretación de los datos y 4) presentación de informes y adopción de medidas para el cambio. La participación de investigadores jóvenes puede reforzar la validez de la investigación al aplicar sus conocimientos únicos y su experiencia directa a la elaboración de preguntas e instrumentos de investigación y a la interpretación de los resultados. Además, pueden encontrar la evidencia más creíble si sus pares han participado en su generación.

Por desgracia, a veces se excluye a la población adolescente de la investigación debido a la confusión sobre si deben ser considerados niños o adultos *(657)*. La rápida evolución de la capacidad adolescente para tomar decisiones fundamentadas es importante para su consentimiento y asentimiento en la recogida de datos; a medida que evolucionan sus capacidades, los adolescentes de ambos sexos pueden ser más capaces de dar su consentimiento (véase el estudio de caso 6.2). La capacidad de una persona de 19 años será muy

Estudio de caso 6.2

Participación de la población adolescente en el fortalecimiento de la medición y las intervenciones relativas a las enfermedades no transmisibles



© UNICEF/UNI426515/Le DU

A menudo se carece de datos que respalden las intervenciones locales dirigidas a la población adolescente en relación con las enfermedades no transmisibles (ENT). Cuando se dispone de estos, tanto los datos como las intervenciones correspondientes suelen basarse en fuentes externas que no son específicas del contexto. Tanto la *Guía AA-HA!* como las pautas mundiales para las escuelas promotoras de la salud *(8)* proponen orientaciones y marcos para mejorar los programas, la medición, el seguimiento y la evaluación de la salud adolescente. Utilizando estos marcos, la OMS está llevando a cabo un estudio titulado "Capacitar a la población adolescente para liderar el cambio utilizando datos de salud" en cuatro ciudades de distintas regiones del mundo. En colaboración con las oficinas nacionales y regionales de la OMS y los asociados locales, el proyecto pretende fortalecer la medición y las intervenciones de salud adolescente empleando una metodología de investigación participativa que involucre a la población adolescente en la recopilación de datos y el diseño de las intervenciones. Las escuelas del grupo de intervención aplicarán estrategias de promoción de la salud para abordar los comportamientos de riesgo para la salud y los factores de protección más cruciales, teniendo en cuenta los ocho estándares mundiales: políticas y recursos gubernamentales; políticas y recursos escolares; gobernanza y liderazgo escolares; asociaciones entre la escuela y la comunidad; plan de estudios escolar; entorno socioemocional escolar; entorno físico escolar; y servicios de salud escolar *(8)*.

En la investigación participativa en curso se utilizan herramientas de encuesta de la OMS, la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHSH) y la Encuesta Mundial de Políticas y Prácticas de Salud Escolar (GSHPPS), para recopilar información sobre los comportamientos en materia de salud de aproximadamente 3000 alumnos de 13 a 17 años de cada ciudad y sobre las políticas y prácticas en las escuelas seleccionadas. En los estudios realizados en cada ciudad, se están validando las preguntas sobre actividad física de la Encuesta Mundial de Salud Escolar con acelerómetros de muñeca. Además, se está utilizando "Photovoice", un método de recopilación de datos que utiliza fotos o dibujos de los participantes para recopilar datos, como método cualitativo complementario para que los estudiantes expresen lo que perciben como factores facilitadores y obstáculos para la salud. La población adolescente, los padres y personas a cargo de su cuidado, el profesorado, los líderes comunitarios locales y las partes interesadas locales en la salud y la educación están utilizando estos datos recopilados localmente para diseñar intervenciones que cambien las políticas e influyan en el comportamiento de los estudiantes.

Un enfoque participativo de la recopilación de datos y el desarrollo de evidencia, intervenciones y recomendaciones sugiere que las intervenciones serán aptas, viables y sostenibles, ya que se diseñarán y aplicarán basándose en las perspectivas y la experiencia locales y en los recursos disponibles a nivel local. Asimismo, dada la participación de la población adolescente y otras partes interesadas de la comunidad en el diseño y la ejecución, el sentido general de pertenencia debería contribuir al acceso y al alcance de las intervenciones.

Fuente: Guthold (en prensa) *(658)*.

diferente de la de una persona de 10 años. Además, no todos los adolescentes de la misma edad tendrán la misma capacidad. Para lograr un equilibrio ético, los investigadores deben alcanzar la doble meta de incluir a la población adolescente en la investigación y de ofrecer protección frente a los riesgos de esta *(657)*. Es posible que los métodos de recopilación de datos y los instrumentos de estudio deban variar durante la adolescencia, y quizá sea preciso adoptar enfoques especiales de recopilación de datos para superar la timidez o garantizar la comprensión, sobre todo en la población de adolescentes jóvenes.

Por ejemplo, se pueden necesitar diferentes instrumentos de recopilación de datos para los adolescentes de ambos sexos de menor edad, mayor edad o con discapacidad. A menudo se requiere una consulta adicional con los adolescentes de ambos sexos, sus familias y sus comunidades antes de la recopilación de datos. Por ejemplo, es posible que en una encuesta sea necesario hacer preguntas delicadas a los adolescentes solteros de ambos sexos que no han llegado a la mayoría de edad legal (es decir, normalmente menores de 18 años) sobre su comportamiento sexual o el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Además, se requiere el consentimiento informado de los padres o los tutores legales y el asentimiento de los propios adolescentes si son menores de edad. También hay que tener en cuenta la protección jurídica y ética frente a los riesgos (como las consecuencias de la revelación a los padres o profesores) y garantizar el acceso a los servicios. En el recuadro 6.4 se resumen los principios de la participación de la población adolescente.

Recuadro 6.4. Principios para la participación de la población adolescente en el seguimiento, la evaluación y la investigación

- Los adolescentes, de ambos sexos y de cualquier edad, no deben ser excluidos de la investigación ni de la recopilación de datos, a menos que exista un riesgo para su seguridad o que su inclusión no aporte ningún beneficio.
- La evolución de la capacidad adolescente para tomar decisiones fundamentadas debe ser un aspecto fundamental de las consideraciones sobre su participación como sujetos de investigación y sobre quién debe proporcionar el consentimiento informado para la participación de adolescentes.
- Se puede lograr tanto la inclusión de adolescentes en la investigación como su protección frente a los riesgos de esta. Para ello, la investigación y la recopilación de datos requieren un conocimiento exhaustivo del desarrollo adolescente y de sus contextos sociales.
- Siempre hay que tener en cuenta el género y la equidad; esto implica incluir datos adecuados desglosados por franjas etarias (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años) y sexo, así como garantizar que la investigación tenga en cuenta el género y la edad.
- Los adolescentes desfavorecidos, vulnerables o marginados, de ambos sexos, deben ser incluidos en la investigación y la recopilación de datos, dando prioridad al muestreo desglosado por sexo e incluyéndolos a través de enfoques participativos inclusivos basados en la comunidad.
- En la medida de lo posible, los adolescentes de ambos sexos pueden participar como defensores de la causa locales, recopiladores de datos, analistas e investigadores en las actividades de generación de evidencia.



© OMS/NOOR/Sebastian Liste

Conclusiones

La primera edición de la *Guía AA-HA!* ha provocado un aumento sin precedentes del número de países que han ampliado los programas de salud adolescente para incluir una amplia gama de prioridades, como las lesiones y la violencia, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la nutrición y la actividad física, así como la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, queda mucho por hacer por los 1200 millones de adolescentes del mundo. Muchos países se están quedando rezagados a la hora de dar prioridad a políticas y programas nacionales adaptados con inversiones adecuadas para satisfacer las necesidades de la población adolescente. Si bien es muy importante tener una visión nacional informada sobre la salud y el bienestar adolescente, es aún más importante llevarla a la práctica mediante inversiones financieras y en recursos humanos.

La segunda edición de la *Guía AA-HA!* pretende ser decisiva para seguir fundamentando los esfuerzos en curso, dando lugar a una nueva generación de programas que presten la debida atención a todos los ámbitos del bienestar a través de una acción multisectorial. El enfoque sistemático descrito en la *Guía AA-HA!*, al igual que las estrategias clave de aplicación y los ejemplos prácticos de los países, tiene por objeto apoyar tales esfuerzos.

Esta segunda edición de la *Guía AA-HA!* se publica en el año en que se celebra el mayor encuentro de la historia para el bienestar de la población adolescente, el Foro Mundial para Adolescentes. Se trata de una oportunidad única para celebrar el éxito e inspirar a la población adolescente, y para que la comunidad mundial abogue por el apoyo de la sociedad a una transición satisfactoria de la adolescencia a la edad adulta. Al mismo tiempo, es importante garantizar un impulso continuo, más allá del Foro Mundial para Adolescentes del 2023, a fin de mantener los compromisos de movilización de recursos y los esfuerzos conjuntos de todas las partes interesadas para aumentar las inversiones políticas y financieras en la salud y el bienestar adolescente. Los asociados de las Naciones Unidas que han participado en la elaboración de este documento de orientación están dispuestos a apoyar la atención sostenida a la salud y el bienestar adolescente en las políticas nacionales y mundiales y a proporcionar asistencia técnica a medida que los países actúen para acelerar la acción en pro de la salud y el bienestar adolescente.

Referencias

1. Definition of youth. Fact sheet. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2016 (https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf, consultado el 21 de junio del 2023).
2. The 2023 SDG Summit – the High-level Political Forum on Sustainable Development under the auspices of the General Assembly [página web]. Nueva York: Naciones Unidas; 2023 (https://www.un.org/en/conferences/SDGSummit2023, consultado el 14 de junio del 2023).
3. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181, consultado el 6 de mayo del 2023).
4. Global strategy for women's, children's and adolescents' health *(2016-2030)*. Nueva York: Todas las Mujeres, Todos los Niños; 2015.
5. 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;71:455-65. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.04.015.
6. Call to action. empowering women and youth to accelerate clean energy transition [página web]. Viena: Vienna Energy Forum; 2021 (https://www.viennaenergyforum.org/call-action/, consultado el 6 de mayo del 2023).
7. Multi-stakeholders consultation on programming to promote adolescent well-being, 19-20 August 2021, virtual meeting: meeting report. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350549, consultado el 6 de mayo del 2023).
8. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/55711, consultado el 6 de mayo del 2023).
9. Baltag V, Sidaner E, Bundy D, Guthold R, Nwachukwu C, Engesveen K et al. Realising the potential of schools to improve adolescent nutrition. BMJ. 2022;379:e067678. doi: 10.1136/bmj-2021-067678.
10. Bundy DAP, Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC. Child and adolescent health and development: realizing neglected potential. En: Bundy DAP, Silva ND, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editores. Adolescent health and development, 3rd edition. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial; 2017.
11. Kruk ME, Lewis TP, Arsenault C, Bhutta ZA, Irimu G, Jeong J et al. Improving health and social systems for all children in LMICs: structural innovations to deliver high-quality services. Lancet. 2022;399:1830-44. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*02532-0.
12. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341327, consultado el 6 de mayo del 2023).
13. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418, consultado el 6 de mayo del 2023).
14. Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).
15. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/357180, consultado el 6 de mayo del 2023).
16. Gender equality, women's empowerment (GEWE) and HIV in Africa: the impact of intersecting issues and key continental priorities. Nueva York: ONU-Mujeres; 2021 (https://africa.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/08/gender-equality-womens-empowerment-and-hiv-in-africa, consultado el 6 de mayo del 2023).

17. Jones N, Presler-Marshall E. Achieving social protection for all adolescents: how can a gender norms lens support more effective programming? Londres: Overseas Development Institute; 2019.

18. Making every school a health-promoting school: country case studies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240025431, consultado el 6 de mayo del 2023).

19. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Guía de aplicación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/55814, consultado el 6 de mayo del 2023).

20. Barroy H, Blecher M, Lakin J, eds. How to make budgets work for health? A practical guide to designing, managing and monitoring programme budgets in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/356893, consultado el 6 de mayo del 2023).

21. Sparkes S, Durán A, Kutzin J. A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/254644, consultado el 6 de mayo del 2023).

22. Gender and age-responsive social protection: the potential social cash transfers to advance adolescent rights and capabilities. Policy brief No 12. Nueva York: ONU-Mujeres; 2019 (https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/UN-Women-Policy-brief-12-Gender-and-age-responsive-social-protection-en.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

23. Promover la igualdad de género en la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Nueva York: ONU-Mujeres; 2019 (https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/Promoting-gender-equality-in-SRMNCAH-Programming-guide-es.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

24. Youth in action for gender equality: agency! leadership! activism! – implementation guide. Nueva York: ONU-Mujeres; 2019 (https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/Youth-in-action-for-gender-equality-en.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

25. Justice for children [página web]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://www.unicef.org/protection/justice-for-children, consultado el 6 de mayo del 2023).

26. Decent jobs for youth [página web]. Ginebra: The Global Initiative on Decent Jobs for Youth; 2020 (https://www.decentjobsforyouth.org, consultado el 6 de mayo del 2023).

27. Acción por el Clima. La juventud en acción [página web]. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://www.un.org/es/climatechange/youth-in-action, consultado el 6 de mayo del 2023).

28. Celebrating youth perspectives in urban planning [página web]. Basilea: Fondation Botnar; 2022 (https://www.fondationbotnar.org/celebrating-youth-perspectives-in-urban-planning-checking-in-with-the-futurecitieschallenge-winners/, consultado el 6 de mayo del 2023).

29. Rinne U, Eichhorst W, Marx P, Brunner J. Promoting youth employment during COVID-19: a review of policy responses. Ginebra: Organización Mundial del Trabajo; 2022 (https://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_849466/lang--en/index.htm, consultado el 6 de mayo del 2023).

30. Noncontributory social protection and adolescents in lower- and middle-income countries: a review of government programming and impacts. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (https://www.unicef.org/innocenti/reports/non-contributory-social-protection-and-adolescents-lower-and-middle-income-countries, consultado el 6 de mayo del 2023).

31. 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;67:472. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.042.

32. Carta de Ginebra para el bienestar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being, consultado el 6 de mayo del 2023).

33. Multistakeholder consultations on programming to promote adolescent well-being. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2022 (https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/multistakeholder-consultations-on-programming-to-promote-adolescent-well-being, consultado el 6 de mayo del 2023).

34. Compromiso con la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente *(2016-2030)*. Informe del Director General. Punto 16 del orden del día provisional. Documento A74/14. 74.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_14-sp.pdf, consultado el 7 August 2023).

35. WHO reiterates commitment to improve adolescent health in Nigeria [página web]. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2021 (https://www.afro.who.int/news/who-reiterates-commitment-improve-adolescent-health-nigeria, consultado el 6 de mayo del 2023).

36. Unprecedented new organizational reforms for WHO in the African region announced [página web]. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2017 (https://www.afro.who.int/news/unprecedented-new-organizational-reforms-who-african-region-announced, consultado el 6 de mayo del 2023).

37. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46460-cd56-8-s-pda-mna&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es, consultado el 6 de mayo del 2023).

38. Regional framework of joint strategic actions for young people in the Arab states and MENA region. United Nations Inter-Agency Technical Task Team on Young People; 2017 (https://web.archive.org/web/20220121090510/https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/op_reports/wfp282333.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

39. Adolescent health and development in the WHO European region: can we do better? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/346580, consultado el 6 de mayo del 2023).

40. Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): a manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241517058, consultado el 6 de mayo del 2023).

41. Adolescent health and well-being [página web]. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2023 (https://pmnch.who.int/our-work/focus-areas/adolescent-health-and-well-being, consultado el 22 de junio del 2023).

42. Marco para el bienestar adolescente: Informe de consulta virtual sobre los jóvenes. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2021 (https://pmnch.who.int/es/resources/publications/m/item/virtual-youth-consultation-report, consultado el 6 de mayo del 2023).

43. Adolescents: 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 6 de mayo del 2023).

44. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 (https://www.undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FRES%2F78%2F4&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False, consultado el 6 de mayo del 2023).

45. Fortalecer la eficacia de la salud y la nutrición en la escuela: una alianza para alumnos sanos y futuros más prometedores. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2020 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373431_spa, consultado el 14 de junio del 2023).

46. Recomendación de la UNESCO sobre la Ciencia Abierta. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2021 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379949_spa, consultado el 14 de junio del 2023).

47. Global status report on school health and nutrition. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2022.

48. Working for a brighter, healthier future: how WHO improves health and promotes well-being for the world's adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/351088, consultado el 6 de mayo del 2023).

49. Declaración de Buenos Aires. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2022 (https://es.unesco.org/sites/default/files/declaracion_de_buenos_aires-2022-esp.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

50. Regional framework on nurturing resilient and healthy future generations in the western pacific. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/361312, consultado el 6 de mayo del 2023).

51. Revitalizing school health programmes and health-promoting schools. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/344391, consultado el 6 de mayo del 2023).

52. Opening schools safely, re-establishing and improving sustainable school meals programmes is an urgent priority. Roma: Programa Mundial de Alimentos; 2021 (https://schoolmealscoalition.org/about/, consultado el 6 de mayo del 2023).

53. Kuruvilla S, Hinton R, Boerma T, Bunney R, Casamitjana N, Cortez R et al. Business not as usual: how multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. BMJ. 2018;363:k4771. doi: 10.1136/bmj.k4771.

54. McGuire F, Vijayasingham L, Vassall A, Small R, Webb D, Guthrie T et al. Financing intersectoral action for health: a systematic review of co-financing models. Global Health. 2019;15:1-18.

55. Juventud 2030: Trabajando con y para los Jóvenes. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 (https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/UN-Youth-Strategy-Spanish1.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

56. Youth 2030: progress report. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 (https://www.unyouth2030.com/_files/ugd/b1d674_731b4ac5aa674c6dbe087e96a9150872.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

57. Youth 2030: progress report *(2022)*. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://www.unyouth2030.com/_files/ugd/b1d674_13a797e3dff746f488ce4ec5fbad57bd.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

58. My body, my life, my world. a global strategy on adolescent and youth. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2019.

59. 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 6 de mayo del 2023).

60. Status of meaningful adolescent and youth engagement (MAYE): summary report of the results of an accountability survey submitted by signatories of the global consensus statement on MAYE. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 2021(https://apps.who.int/iris/handle/10665/349837, consultado el 6 de mayo del 2023).

61. Health workforce. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/teams/health-workforce/network/youth-hub, consultado el 6 de mayo del 2023).

62. Mobilizing youth to end TB. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/activities/mobilizing-youth-to-end-tb, consultado el 22 de abril del 2023).

63. Adelantando la promesa: Informe Relativo a la Cumbre de Nairobi Sobre la CIPD25. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2019 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-134_UNFPA-NairobiSummitReport-SP-v1125-web_1.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

64. Joint programme on the mental health and psychosocial well-being and development of children and adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.unicef.org/press-releases/who-and-unicef-recommit-accelerating%C2%A0health-and-well-being-all-ages, consultado el 6 de mayo del 2023).

65. Young feminist manifesto: a bold and transformative vision for change. Bruselas: Young Feminist Europe; 2021 (http://www.youngfeminist.eu/2021/03/young-feminist-manifesto/, consultado el 6 de mayo del 2023).

66. Gender assessment of Vietnam's HIV response. Nueva York: ONU-Mujeres; 2018.

67. Gender and adolescent mental health technical note. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021.

68. Por qué importa el género: Agenda de Inmunización 2030. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/58952, consultado el 6 de mayo del 2023).

69. Los niños y los basureros digitales: exposición a los residuos electrónicos y salud infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/354706, consultado el 6 de mayo del 2023).

70. Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 (https://digitallibrary.un.org/record/1648984/files/A_RES_73_2-ES.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

71. International standards on drug use prevention: second updated edition. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2018.

72. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas: edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/376192, consultado el 6 de mayo del 2023).

73. Cure All framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370, consultado el 6 de mayo del 2023).

74. Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Madrid: UNICEF Comité Español; 2006. https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf. consultado el 11 de enero del 2023).

75. Observación general núm. 20 *(2016)* sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (documento CRC/C/GC/20). Nueva York: Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño; 2016 (https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/404/49/pdf/g1640449.pdf?token=Yyvvv2jqCYdNOlKK3a&fe=true, consultado el 6 de mayo del 2023).

76. Observación general N.º 4 *(2003)*: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 2003 (https://www.refworld.org/es/leg/general/crc/2003/es/18641, consultado el 6 de mayo del 2023).

77. The determinants of health [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health, consultado el 9 de marzo del 2017).

78. Mavedzenge SN LE, Ross DA. Effectiveness of HIV prevention, treatment and care interventions among adolescents: a systematic review of systematic reviews. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013 (http://www.grassrootsoccer.org/wp-content/uploads/SystReview-of-Syst-Review-Napierala-Mavedzenge-et-al-UNICEF-Techn-Brief-Systematic-Review_Effective-HIV-Response-in-Adolescents_2013.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

79. Mavedzenge SN LE, Ross DA. Technical brief effectiveness of HIV prevention, treatment and care interventions among adolescents: a systematic review of systematic reviews. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013 (http://www.grassrootsoccer.org/wp-content/uploads/SystReview-of-Syst-Review-Napierala-Mavedzenge-et-al-UNICEF-Techn-Brief-Systematic-Review_Effective-HIV-Response-in-Adolescents_2013.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

80. Marmot M, Allen J. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. J Epidemiol Community Health. 2020;74:681-2.

81. Black RE, Liu L, Hartwig FP, Villavicencio F, Rodriguez-Martinez A, Vidaletti LP et al. Health and development from preconception to 20 years of age and human capital. Lancet. 2022;399:1730-40. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*02533-2.

82. Okan O, Paakkari L, Aagaard-Hansen J, Weber M, Barnekow V. Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes-the case of children and adolescents in schools: concept paper. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/344901, consultado el 6 de mayo del 2023).

83. Nugent R, Kataria I, Hutchinson B. The case for investment in adolescent NCD health. Research Triangle Park (NC): RTI International; 2019 (https://www.rti.org/insights/case-investment-adolescent-ncd-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

84. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S et al. A future for the world's children? a WHO-UNICEF-Lancet commission. Lancet. 2020;395:605-58. doi: 10.1016/S0140-6736*(19)*32540-1.

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

86. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. Lancet. 2017;390:1792-806.doi: 10.1016/S0140-6736*(17)*30872-3.

87. Horton S, Toledo EDLC, Mahon J, Santelli J, Waldfogel J. Identifying an essential package for adolescent health: economic analysis. En: Bundy DAP, Silva ND, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editores. Child and adolescent health and development. Tercera edición. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Capítulo 26.

88. Fernandes M, Aurino E. Identifying an essential package for school-age child health: economic analysis2018 (https://europepmc.org/article/NBK/nbk525245).

89. Acerca del Proyecto de Capital Humano [página web]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022 (https://www.bancomundial.org/es/publication/human-capital/brief/about-hcp, consultado el 6 de mayo del 2023).

90. World development indicators. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022 (https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0037712, consultado el 21 de septiembre del 2022).

91. Population 2030 demographic challenges and opportunities for sustainable development planning. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Population2030.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

92. Bird K. The intergenerational transmission of poverty: an overview. CPR Working Paper 99. Londres: Overseas Development Institute; 2007.

93. d'Addio AC. Intergenerational transmission of disadvantage: mobility or immobility across generations? París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 2007.

94. Viner RM, Allen NB, Patton GC. Puberty, developmental processes, and health interventions. Child Teen Health Dev. 2017;8:1841.

95. Adolescents statistics. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview, consultado el 21 de septiembre del 2022).

96. Grigorenko EL. Brain development: the effect of interventions on children and adolescents 2017.

97. Nota normativa: Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254661/WHO-FWC-MCA-15.05-spa.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

98. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

99. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

100. Reconocidos, contabilizados, incluidos: Utilizar los datos para arrojar luz sobre el bienestar de los niños y las niñas con discapacidad. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (informe completo en inglés en: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2023/11/Disabilities-Report.pdf, resumen ejecutivo en español en: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2022/05/Disability-report-executive-summary_ES.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

101. Amdeselassie T, Emirie G, Iyasu A, Jones N, Presler-Marshall E, Workneh F et al. Experiences of vulnerable urban youth under covid-19: the case of youth working in factories and industrial parks. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020 (https://www.gage.odi.org/wp-content/uploads/2020/08/Experiences-of-vulnerable-urban-youth-under-covid-19-the-case-of-youth-working-in-factories-and-industrial-parks.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

102. Tezera D, Gebremenfas EA, Zho J, Kratzsch S, Lokko Y, Susan C et al. Guidelines for planning, development and management of integrated agro-food parks (IAFPs). Viena: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; 2022.

103. 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/pf0000265335, consultado el 6 de mayo del 2023).

104. The adolescent brain: a second window of opportunity. A compendium. Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2017 (https://www.unicef-irc.org/publications/933-the-adolescent-brain-a-second-window-of-opportunity-a-compendium.html, consultado el 6 de mayo del 2023).

105. Technical guidance for prioritizing adolescent health. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2017 (http://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

106. Lin J, Chadi N, Shrier L. Mindfulness-based interventions for adolescent health. Curr Opin Pediatr. 2019;31:469-75. doi: 10.1097/mop.0000000000000760.

107. Baltag V, Takeuchi Y, Guthold R, Ambresin AE. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health-care settings: new guidance from the World Health Organization. J Adolesc Health. 2022;71:10-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.04.005.

108. 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://apps.who.int/iris/handle/10665/350208, consultado el 6 de mayo del 2023).

109. Dunning D, Tudor K, Radley L, Dalrymple N, Funk J, Vainre M et al. Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials. Evid Based Ment Health. 2022;25:135-42.

110. Tang Y-Y. Mindfulness meditation impact on the adolescent brain. En: The adolescent brain: a second window of opportunity. A compendium. Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2017 (https://www.unicef.org/guatemala/media/381/file/The%20Adolescent%20brain.pdf#page=61, consultado el 26 de junio del 2023).

111. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854, resumen ejecutivo en español en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023;).

112. Halliday JA, Palma CL, Mellor D, Green J, Renzaho The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. Int J Obes. 2014;38:480-93.

113. Salud mental del adolescente [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

114. Allen CW, Diamond-Myrsten S, Rollins LK. School absenteeism in children and adolescents. Am Fam Physician. 2018;98:738-44.

115. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: a systematic review. J Behav Addict. 2017;6:321-33.

116. Soenens B, Vansteenkiste M. Taking adolescents' agency in socialization seriously: the role of appraisals and cognitive-behavioral responses in autonomy-relevant parenting. New Dir Child Adolesc Dev. 2020;2020:7-26.

117. United we dream | the largest immigrant youth-led network [página web]. Washington, D.C.: United We Dream; 2022 (https://unitedwedream.org/, consultado el 24 de mayo del 2023).

118. Los movimientos juveniles están dando forma a las tendencias mundiales. Nueva York: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; 2021 (https://2021.gho.unocha.org/es/global-trends/los-movimientos-juveniles-est%C3%A1n-dando-forma-las-tendencias-mundiales/, consultado el 6 de mayo del 2023).

119. Youth, political participation and decision-making. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2012 (https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-political-participation.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

120. Keeping children safe in the digital environment: the importance of protection and empowerment. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2021 (https://www.itu-cop-guidelines.com/_files/ugd/24bbaa_cf79ba8d5fdb4639af9b9a4237e07ad9.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

121. Good policy and practice in health education: education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/publications/i/item/9789231002113, consultado el 6 de mayo del 2023).

122. Bundy DAP, Schultz L, Sarr B, Banham L, Colenso P, Drake L. The school as a platform for addressing health in middle childhood and adolescence. In: Bundy DAP, Silva ND, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. Child and adolescent health and development. 3rd ed. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Capítulo 20.

123. 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/es/articles/aprender-y-prosperar-que-debe-saber-sobre-el-reciente-informe-mundial-sobre-salud-y-nutricion, consultado el 6 de mayo del 2023).

124. Chometon T, Cortey C, Marchand-Tonel C, Saunders L, Cicchelero V, Lang T et al. Voiding dysfunction and access to toilets among elementary school children: a toulouse school district study. Sante Publique (París). 2021;32:441-9.

125. Jørgensen CS, Breinbjerg AS, Rittig S, Kamperis K. Dissatisfaction with school toilets is associated with bladder and bowel dysfunction. Eur J Pediatr. 2021;180:3317-24.

126. Laffolie J, Ibrahimi G, Zimmer K-P. Poor perception of school toilets and increase of functional constipation. Klin Padiatr. 2021;233:5-9.

127. Baltag V, Sawyer S. Quality healthcare for adolescents. In: Cherry, AL, Baltag, V, Dillon, M, editors. International handbook on adolescent health and development: the public health response. Heidelberg: Springer; 2016.

128. ¿La herencia de un mundo sostenible? Atlas sobre salud infantil y medio ambiente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.who.int/handle/10665/260496, consultado el 6 de mayo del 2023).

129. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment. 2022 update ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352844/WHO-HEP-ECH-EHD-22.01-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

130. Progress on drinking-water, sanitation and hygiene in schools: 2000-2021 data update. Nueva York y Ginebra: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/m/item/progress-on-drinking-water--sanitation-and-hygiene-in-schools--2000-2021-data-update, consultado el 6 de mayo del 2023).

131. The public health impact of chemicals: knowns and unknowns. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/206553, consultado el 6 de mayo del 2023).

132. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012: summary for decision-makers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/78102, consultado el 6 de mayo del 2023).

133. SAFER - alcohol control initiative. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/initiatives/SAFER, consultado el 15 de enero del 2023).

134. Framework convention on tobacco control. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/79082, consultado el 6 de mayo del 2023).

135. Hargreaves D, Mates E, Menon P, Alderman H, Devakumar D, Fawzi W et al. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. Lancet. 2021.

136. The digital leisure divide and the forcibly displaced. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2022 (https://www.unhcr.org/innovation/wp-content/uploads/2022/05/The-Digital-Leisure-Divide-and-the-Forcibly-Displaced.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

137. Victora CG, Hartwig FP, Vidaletti LP, Martorell R, Osmond C, Richter LM et al. Effects of early-life poverty on health and human capital in children and adolescents: analyses of national surveys and birth cohort studies in LMICs. Lancet. 2022;399:1741-52. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*02716-1.

138. Bose I, Baldi G, Kiess L, Klemm J, Deptford A, de Pee S. The difficulty of meeting recommended nutrient intakes for adolescent girls. Glob Food Sec. 2021;28:100457.

139. Tezera D, Gebremenfas EA, Goodwin A, Lokko Y. Potential of integrated agro-food parks for rural industrialization and economic transformation in developing countries. Viena: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; 2022 (https://www.unido.org/sites/default/files/files/2022-08/Policy_Brief_AFParks_v_2.3-spreads.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

140. Vu L, Pulerwitz J, Burnett-Zieman B, Banura C, Okal J, Yam E. Inequitable gender norms from early adolescence to young adulthood in Uganda: tool validation and differences across age groups. J Adolesc Health. 2017;60:S15-s21. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.09.027.

141. Health promotion glossary of terms 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350161, consultado el 6 de mayo del 2023).

142. Ghebreyesus TA, Russell C. Opportunities in crisis for optimising child health and development. Lancet. 2022;399:1761-3. doi: 10.1016/S0140-6736*(22)*00608-0.

143. La COVID-19 en niños y adolescentes: reseña científica, 29 de septiembre de 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/349927, consultado el 6 de mayo del 2023).

144. El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020 (https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes, consultado el 6 de mayo del 2023).

145. Rewired global declaration on connectivity for education. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2021 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380598/PDF/380598eng.pdf.multi, consultado el 6 de mayo del 2023).

146. Azevedo JP, Hasan A, Goldemberg D, Geven K, Iqbal SA. Simulating the potential impacts of COVID-19 school closures on schooling and learning outcomes: a set of global estimates. World Bank Res Obs. 2021;36:1-40.

147. Lund EM, Gabrielli J. The role of pediatric psychologists in mitigating disability-specific barriers among youth during the COVID-19 pandemic. Clin Pract Pediatr Psychol. 2021;9:12.

148. Murphy A, Pinkerton LM, Bruckner E, Risser HJ. The impact of the novel coronavirus disease 2019 on therapy service delivery for children with disabilities. J Pediatr. 2021;231:168-77. e1.

149. Bhatia A, Fabbri C, Cerna-Turoff I, Turner E, Lokot M, Warria A et al. Violence against children during the COVID-19 pandemic. Bull World Health Organ. 2021;99:730.

150. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398:1700-12.

151. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021;175:1142-50.

152. Promises to keep: impact of COVID-19 on adolescents in Kenya. Nueva York: Population Council; 2021 (https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1334/, consultado el 6 de mayo del 2023).

153. Cousins S. COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. Lancet. 2020;396:3012.

154. Abbas K, Procter SR, Van Zandvoort K, Clark A, Funk S, Mengistu T et al. Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: a benefit–risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. Lancet. 2020;8:e1264-e72.

155. Chanchlani N, Buchanan F, Gill PJ. Addressing the indirect effects of COVID-19 on the health of children and young people. CMAJ. 2020;192:E921-E7.

156. Ranasinghe L, Achar J, Gröschel MI, Whittaker E, Dodd PJ, Seddon JA. Global impact of COVID-19 on childhood tuberculosis: an analysis of notification data. Lancet Glob Health. 2022;10:e1774-e81.

157. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, consultado el 6 de mayo del 2023).

158. Roberton T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020;8:e901-e8.

159. Stockwell S, Trott M, Tully M, Shin J, Barnett Y, Butler L et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. BMJ Open Sport Exerc Med. 2021;7:e000960. doi: 10.1136/bmjsem-2020-000960.

160. Colombia, Constitutional Court, 3 de febrero del 2022, SU 032/2022 [página web]. Trento, Italia: COVID-19 Litigation; 2022 (https://www.covid19litigation.org/case-index/colombia-constitutional-court-su-0322022-2022-02-03, consultado el 6 de mayo del 2023).

161. Rees N. La crisis climática es una crisis de los derechos de la infancia. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (https://www.unicef.org/media/109906/file/The%20Climate%20Crisis%20is%20a%20Child%20Rights%20Crisis%20.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

162. McGushin A, Gasparri G, Graef V, Ngendahayo C, Timilsina S, Bustreo F et al. Adolescent wellbeing and climate crisis: adolescents are responding, what about health professionals? BMJ. 2022;379.

163. Adolescent well-being and the climate crisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/adolescent-well-being-and-the-climate-crisis#%3A~, consultado el 6 de mayo del 2023).

164. Ahmed KJ, Haq SMA, Bartiaux F. The nexus between extreme weather events, sexual violence, and early marriage: a study of vulnerable populations in Bangladesh. Popul Environ. 2019;40:303-24.

165. Thurston AM, Stöckl H, Ranganathan M. Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. BMJ Global Health. 2021;6:e004377.

166. Strømme A, Sapiezynska E, Fylkesnes GK, Salarkia K, Edwards J. Stop the war on children 2020: gender matters. Londres: Save the Children; 2020 (documento completo en inglés en: https://resourcecentre.savethechildren.net/document/stop-war-children-2020-gender-matters/, resumen ejecutivo en español en: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/ch1413936.pdf/, consultado el 6 de mayo del 2023).

167. Bhutta ZA, Boerma T, Black MM, Victora CG, Kruk ME, Black RE. Optimising child and adolescent health and development in the post-pandemic world. Lancet. 2022;399:1759-61. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*02789-6.

168. Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado 2022. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2022 (https://www.acnur.org/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2022, consultado el 6 de mayo del 2023).

169. Adolescent sexual and reproductive health in refugee situations: a practical guide to launching interventions in public health programmes. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2019 (https://www.unhcr.org/media/adolescent-sexual-and-reproductive-health-refugee-situations-practical-guide-launching, consultado el 6 de mayo del 2023).

170. Refugee children and youth. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2021 (https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth, consultado el 6 de mayo del 2023).

171. Seddighi H, Salmani I, Javadi MH, Seddighi S. Child abuse in natural disasters and conflicts: a systematic review. Trauma Violence Abuse. 2021 Jan;22*(1)*:176-85.

172. Global health estimates [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/data/global-health-estimates, consultado el 6 de mayo del 2023).

173. Oficinas regionales de la OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/about/who-we-are/regional-offices, consultado el 10 de septiembre del 2022).

174. Guthold R, Johansson EW, Mathers CD, Ross DA. Global and regional levels and trends of child and adolescent morbidity from 2000 to 2016: an analysis of years lost due to disability (YLDs). BMJ. 2021;6:e004996. doi: 10.1136/bmjgh-2021-004996.

175. How does the world bank classify countries? Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022 (https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries, consultado el 10 de septiembre del 2023).

176. Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet. 2021;398:1593-618. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*01546-4.

177. Liu L, Villavicencio F, Yeung D, Perin J, Lopez G, Strong KL et al. National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;10:337-47. doi: 10.1016/S2214-109X*(21)*00566-0.

178. Masquelier B, Hug L, Sharrow D, You D, Mathers C, Gerland P et al. Global, regional, and national mortality trends in youth aged 15-24 years between 1990 and 2019: a systematic analysis. Lancet. 2021;9:409-17. doi: 10.1016/S2214-109X*(21)*00023-1.

179. Reiner 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:e190337-e.

180. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet. 2020;396:1223-49. doi: 10.1016/S0140-6736*(20)*30752-2.

181. Global burden of disease (GBD 2019). Seattle: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria; 2020 (https://www.healthdata.org/gbd/2019, consultado el 10 de septiembre del 2022)).

182. Blum RW, Halcón L, Beuhring T, Pate E, Campell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. Am J Public Health. 2003;93:456-60.

183. Govender K, Bhana A, McMurray K, Kelly J, Theron L, Meyer-Weitz A et al. A systematic review of the South African work on the well-being of young people *(2000-2016)*. S Afr J Psychol. 2019;49:52-69.

184. Fine SL, Musci RJ, Bass JK, Chipeta E, Mafuta EM, Pinandari AW et al. A multi-country study of risk and protective factors for emotional and behavioral problems among early adolescents. J Adolesc Health. 2022;71:480-7.

185. Sieving RE, McRee A-L, McMorris BJ, Shlafer RJ, Gower AL, Kapa HM et al. Youth–adult connectedness: a key protective factor for adolescent health. Am J Prev Med. 2017;52:S275-S8.

186. Okan O, Paakkari L, Dadaczynski K. Health literacy in schools. State of the art. Haderslev, Dinamarca: Schools for Health in Europe; 2020 (https://academic.oup.com/heapro/article/16/2/197/653451, consultado el 16 de junio del 2023).

187. Marino C, Andrade B, Campisi SC, Wong M, Zhao H, Jing X et al. Association between disturbed sleep and depression in children and youths: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. JAMA Netw Open. 2021;4:e212373-e.

188. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. Clin Med. 2017;17:424.

189. Marino C, Andrade B, Montplaisir J, Petit D, Touchette E, Paradis H et al. Testing bidirectional, longitudinal associations between disturbed sleep and depressive symptoms in children and adolescents using cross-lagged models. JAMA Netw Open. 2022;5:e2227119. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.27119.

190. Gee B, Orchard F, Clarke E, Joy A, Clarke T, Reynolds S. The effect of non-pharmacological sleep interventions on depression symptoms: a meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med Rev. 2019;43:118-28.

191. Newby H, Hagell A, Marsh AD, Guthold R. Opportunities to advance measurement of adolescent wellbeing: building on a new conceptual framework. BMJ. 2022;379.

192. Spotlight on adolescent health and well-being [página web]. Glasgow: Health Behaviour in School-Aged Children; 2022 (https://hbsc.org/publications/reports/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being, consultado el 10 de septiembre del 2022).

193. Promoting adolescent well-being. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/activities/promoting-adolescent-well-being, consultado el 30 de enero del 2023).

194. Ahogamientos [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drowning, consultado el 6 de mayo del 2023).

195. Quemaduras [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns, consultado el 6 de mayo del 2023).

196. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360:1083-8.

197. Violence against children [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1, consultado el 6 de mayo del 2023).

198. Violencia contra los niños [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children, consultado el 6 de mayo del 2023).

199. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. J Aggress Maltreat Trauma. 2012;21:870-90.

200. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48:345-55.

201. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. BMC Public Health. 2018;18:1-15.

202. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? a meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013;48:81-94.

203. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

204. Violencia juvenil [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence, consultado el 6 de mayo del 2023).

205. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open. 2021;5.

206. Jóvenes con discapacidad: síntesis. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2018 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Summary_SP.pdf, consultado el 30 de enero del 2023).

207. King T, Aitken Z, Milner A, Emerson E, Priest N, Karahalios A et al. To what extent is the association between disability and mental health in adolescents mediated by bullying? a causal mediation analysis. Int J Epidemiol. 2018;47:1402-13.

208. Fuzy E, Clow SE, Fouché N. 'Please treat me like a person'—respectful care during adolescent childbirth. Br J Midwifery. 2020;28:360-9.

209. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N et al. Haciendo cuentas: invertir en salud sexual y reproductiva 2019. Nueva York: Guttmacher Institute; 2020 (informe completo en inglés en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019.pdf, resumen ejecutivo en español en: https://www.guttmacher.org/es/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019-executive-summary, consultado el 6 de mayo del 2023).

210. Adolescent pregnancy-unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43702/1/9789241595650_eng.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

211. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, consultado el 15 de marzo del 2017).

212. Radford L, Allnock D, Hynes P, Shorrock S. Action to end child sexual abuse and exploitation: a review of the evidence. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020 (https://uobrep.openrepository.com/handle/10547/625019, consultado el 6 de mayo del 2023).

213. Towards ending child marriage: global trends and profiles of progress. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021.

214. Revisión de la evidencia: Intervenciones e investigaciones en materia de los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas entre 2020 y 2022. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2023 (https://www.girlsnotbrides.es/documents/1953/CRANK_Revision_de_la_evidencia_Intervenciones_e_investigaciones_en_materia_de_MUITF.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

215. Virus del herpes simple [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus, consultado el 9 de marzo del 2017).

216. Every woman, every child, every adolescent: achievements and prospects, the final report of the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/183585, consultado el 6 de mayo del 2023).

217. World population prospects - population division. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility, consultado el 10 de septiembre del 2022).

218. Youth violence: the health sector role in prevention and response. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/yv_infographic_smalld2f19b5b-f9cb-47c4-a900-626015e022d6.pdf?sfvrsn=e1f869a2_3, consultado el 6 de mayo del 2023).

219. Maltrato infantil [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment, consultado el 19 de junio del 2023).

220. Health for the world's adolescents-a second chance in the second decade: summary. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

221. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet. 2022;399:803-13.

222. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256, resumen en español en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681, consultado el 26 de junio del 2023).

223. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet. 2012;380:899-907.

224. Jones N, Presler-Marshall E, Stavropoulou M, Baird S, Hamad B, Lunin L et al. Adolescents with disabilities: enhancing resilience and delivering inclusive development. London Overseas Institute; 2018 (https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20183366625, consultado el 6 de mayo del 2023).

225. Young persons with disabilities global study on ending gender-based violence and realizing sexual and reproductive health and rights. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2018.

226. Rodriguez P, Rosenthal E, Ahern L, Santos N, Cancino I, Chuhcan C et al. Twice violated: abuse and denial of sexual and reproductive rights of women with psycho-social disabilities in Mexico. Washington, D.C.: Disability Rights International; 2015.

227. Méndez JE. Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2013.

228. Recomendación general de la CEDAW N.° 19: La violencia contra la mujer. Nueva York: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW); 1992 (https://www.refworld.org/es/leg/resolution/cedaw/1992/es/96542)

229. Lee Y, Svevo-Cianci KA. General comment no. 13 to the convention on the rights of the child: the right of the child to freedom from all forms of violence. Child Abuse Negl. 2011;35:967-9.

230. Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75179/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

231. A study on early marriage in Jordan 2014. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2014 (https://reliefweb.int/report/jordan/study-early-marriage-jordan-2014?gclid=CjwKCAjwvdajBhBEEiwAeMh1U_9m7Tz1KRWXfKhT3d8lml9tIr6H9ZT1NQiSsLx_dEgBZ3Bg_-NxqBoCDLoQAvD_BwE, consultado el 6 de mayo del 2023).

232. The health of the people: what works – the African regional health report 2014. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137377/4/9789290232612.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

233. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006;367:1835.

234. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/Sida; 2023 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf, consultado el 18 de septiembre del 2023).

235. Zhang J, Ma B, Han X, Ding S, Li Y. Global, regional, and national burdens of HIV and other sexually transmitted infections in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2019: a trend analysis based on the global burden of disease study 2019. Lancet Child Adolesc Health. 2022;0. doi: 10.1016/S2352-4642*(22)*00219-X.

236. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42902/1/9241591420_eng.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

237. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.09, consultado el 6 de mayo del 2023).

238. Papilomavirus humano y cáncer [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer, consultado el 9 de marzo del 2017).

239. Cáncer de cuello uterino [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer, consultado el 6 de mayo del 2023).

240. Global tuberculosis report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729, consultado el 6 de mayo del 2023).

241. Russell M. Viner P. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults: a systematic. JAMA Pediatr. 2021;175:143-56. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.4573.

242. Russell Viner P. School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and. JAMA Pediatr. 2022;176:400-9. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5840.

243. COVID-19: mental health and wellbeing surveillance: report. Londres: Office for Health Improvement & Disparities; 2021 (https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-mental-health-and-wellbeing-surveillance-report, consultado el 6 de mayo del 2023).

244. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16:269-83.

245. Krowchuk DP. Managing adolescent acne: a guide for pediatricians. Pediatr Rev. 2005;26:250-61.

246. Cefaleas [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders, consultado el 6 de mayo del 2023).

247. Meghji J, Mortimer K, Agusti A, Allwood BW, Asher I, Bateman ED et al. Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. Lancet. 2021;397:928-40.

248. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/publications/i/item/global-surveillance-prevention-and-control-of-chronic-respiratory-diseases, consultado el 6 de mayo del 2023).

249. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319, consultado el 6 de mayo del 2023).

250. Congenital disorders [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects, consultado el 17 de febrero del 2022).

251. Lamoureux E, Wang J, Aung T, Saw S, Wong T. Myopia and quality of life: the Singapore Malay eye study (SiMES). Invest Ophthalmol Vis Sci. 2008;49:4469-.

252. Rose K, Harper R, Tromans C, Waterman C, Goldberg D, Haggerty C et al. Quality of life in myopia. Br J Ophthalmol. 2000;84:1031-4.

253. Ma Y, Congdon N, Shi Y, Hogg R, Medina A, Boswell M et al. Effect of a local vision care center on eyeglasses use and school performance in rural China: a cluster randomized clinical trial. JAMA Ophthalmol. 2018;136:731-7.

254. Nie J, Pang X, Wang L, Rozelle S, Sylvia S. Seeing is believing: experimental evidence on the impact of eyeglasses on academic performance, aspirations, and dropout among junior high school students in rural China. Econ Dev Cult Change. 2020;68:335-55.

255. Bess FH, Dodd-Murphy J, Parker RA. Children with minimal sensorineural hearing loss: prevalence, educational performance, and functional status. Ear Hear. 1998;19:339-54.

256. Lieu JE, Kenna M, Anne S, Davidson L. Hearing loss in children: a review. JAMA. 2020;324:2195-205.

257. Roland L, Fischer C, Tran K, Rachakonda T, Kallogjeri D, Lieu JE. Quality of life in children with hearing impairment: systematic review and meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Aug;155*(2)*:208-19.

258. Rudnicka AR, Kapetanakis VV, Wathern AK, Logan NS, Gilmartin B, Whincup PH et al. Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention. Br J Ophthalmol. 2016;100:882-90.

259. Nunes ADdS, Silva CRdL, Balen SA, Souza DLBd, Barbosa IR. Prevalence of hearing impairment and associated factors in school-aged children and adolescents: a systematic review. Braz J Otorhinolaryngol. 2019;85:244-53.

260. Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, Esteban E, Rubin C, Brody DJ. Estimated prevalence of noise-induced hearing threshold shifts among children 6 to 19 years of age: the third national health and nutrition examination Survey, 1988–1994, United States. Pediatr. 2001;108:40-3.

261. Make listening safe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

262. Promoting oral health in Africa: prevention and control of oral diseases and noma as part of essential noncommunicable disease interventions. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/205886, consultado el 6 de mayo del 2023).

263. Prevención y tratamiento de la caries dental con productos sin mercurio y una intervención mínima: serie de notas informativas sobre salud bucodental de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/354540, consultado el 6 de mayo del 2023).

264. Salud bucodental [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

265. Silva SA, Silva SU, Ronca DB, Gonçalves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB. Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. PLoS One. 2020;15:e0232007. doi: 10.1371/journal.pone.0232007.

266. George MJ, Russell MA, Piontak JR, Odgers CL. Concurrent and subsequent associations between daily digital technology use and high-risk adolescents' mental health symptoms. Child Dev. 2018;89:78-88. doi: 10.1111/cdev.12819.

267. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071, consultado el 6 de mayo del 2023).

268. Brent D, Maalouf F. Depressive disorders in childhood and adolescence. Depressive disorders in childhood and adolescence. En: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editores. Rutter's child and adolescent psychiatry. Nueva York: Wiley-Blackwell; 2015.

269. Ogundipe O, Amoo E, Adeloye D, Olawole-Isaac A. Substance use among adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. SAJCH. 2018;2018:s79-s84.

270. Mehra VM, Keethakumar A, Bohr YM, Abdullah P, Tamim H. The association between alcohol, marijuana, illegal drug use and current use of E-cigarette among youth and young adults in Canada: results from Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017. BMC Public Health. 2019;19:1-10.

271. Nowak M, Papiernik M, Mikulska A, Czarkowska-Paczek B. Smoking, alcohol consumption, and illicit substances use among adolescents in Poland. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2018;13:18.

272. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. Pharmacol Biochem Behav. 2020;192:172906.

273. Salmanzadeh H, Ahmadi-Soleimani SM, Pachenari N, Azadi M, Halliwell RF, Rubino T et al. Adolescent drug exposure: a review of evidence for the development of persistent changes in brain function. Brain Res Bull. 2020;156:105-17.

274. Hanson KL, Medina KL, Padula CB, Tapert SF, Brown SA. Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: 10-year outcomes. J Child Adolesc Subst Abuse. 2011;20:135-54.

275. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (informe completo en inglés en: https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/9789241565639-eng.pdf?sfvrsn=1af653ba_2; resumen en español en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51352).

276. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. Data portal. Indicators [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/proportion-of-students-who-ever-used-marijuana, consultado el 26 de junio del 2023).

277. Cannabis [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis, consultado el 10 de septiembre del 2022).

278. Ma C, Xi B, Li Z, Wu H, Zhao M, Liang Y et al. Prevalence and trends in tobacco use among adolescents aged 13–15 years in 143 countries, 1999–2018: findings from the global youth tobacco surveys. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5:245-55.

279. Kim J, Lee S, Chun J. An international systematic review of prevalence, risk, and protective factors associated with young people's e-cigarette use. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:11570. doi: 10.3390/ijerph191811570.

280. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128, resumen en español en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886, consultado el 6 de mayo del 2023).

281. 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;4:23-35.

282. van Sluijs EMF, Ekelund U, Crochemore-Silva I, Guthold R, Ha A, Lubans D et al. Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. Lancet. 2021;398:429-42. doi: 10.1016/S0140-6736*(21)*01259-9.

283. Fairclough SJ. Adolescents' digital screen time as a concern for health and well-being? Device type and context matter: Wiley Online Library; 2021 (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15843, consultado el 6 de mayo del 2023).

284. Saunders TJ, Vallance JK. Screen time and health indicators among children and youth: current evidence, limitations and future directions. Appl Health Econ Health Policy. 2017;15:32331.

285. Cao K, Wan Y, Yusufu M, Wang N. Significance of outdoor time for myopia prevention: a systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. Ophthalmic Res. 2020;63:97-105.

286. Nutrition in adolescence – issues and challenges for the health sector issues in adolescent health and development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

287. Noncommunicable diseases: childhood overweight and obesity. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity, consultado el 17 de septiembre del 2022).

288. Obesidad y sobrepeso [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight, consultado el 6 de mayo del 2023).

289. Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants. Lancet. 2020;396:1511-24. doi: 10.1016/S0140-6736*(20)*31859-6.

290. Maiano C, Hue O, Morin AJ, Moullec G. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2016;17:599-611.

291. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297, consultado el 6 de mayo del 2023).

292. Singh N, DeJong J, Popple K, Undie C-C, El Masri R, Bakesiima R et al. The forgotten population? a call to invest in adolescent well-being in humanitarian and fragile settings. PMNCH background paper 12. Ginebra: Partnership for Maternal Newborn and Child Health; 2021 (https://pmnch.who.int/docs/librariesprovider9/meeting-reports/adolescent-wellbeing-background-paper-humanitarian-and-fragile-settings.pdf?sfvrsn=d2401866_16&download=true, consultado el 15 de junio del 2023).

293. A global strategy for every woman every child in every setting. Nueva York: Todas las Mujeres, Todos los Niños; 2015.

294. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. Lancet. 2021;397:522-32.

295. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Ginebra: Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis; 2018 (https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

296. Child and adolescent health in humanitarian settings: operational guide: a holistic approach for programme managers. El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/351255, consultado el 7 de agosto del 2023).

297. Hasta la Última Niña: Libres para vivir, libres para aprender, libres de peligro. Londres: Save the Children; 2016 (https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/informe_hasta_la_ultima_nina_es.pdf/, consultado el 6 de mayo del 2023).

298. Children with disabilities. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013 (https://www.unicef.org/disabilities, consultado el 6 de mayo del 2023).

299. Too young to wed - the growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. Londres: Save the Children; 2014 (https://resourcecentre.savethechildren.net/document/too-young-wed-growing-problem-child-marriage-among-syrian-girls-jordan/, consultado el 6 de mayo del 2023).

300. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

301. Education in emergencies. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://www.unicef.org/education/emergencies, consultado el 30 de enero del 2023).

302. Kokotailo PK, Baltag V, Sawyer SM. Educating and training the future adolescent health workforce. J Adolesc Health. 2018;62:511-24.

303. Sawyer SM, Baltag V. Toward an adolescent competent workforce. International Handbook on Adolescent Health and Development: Springer; 2017. p. 325-40.

304. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28569/9789275319048_v1-spa.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

305. Catalano RF, Skinner ML, Alvarado G, Kapungu C, Reavley N, Patton GC et al. Positive youth development programs in low-and middle-income countries: a conceptual framework and systematic review of efficacy. J Adolesc Health. 2019;65:15-31.

306. La crianza durante la adolescencia: Guía programática. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (https://www.unicef.org/media/105971/file/La%20Crianza%20Durante%20la%20Adolescencia.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

307. ¡PARTICIPAMOS Y NOS ESCUCHAN! Pautas para la participación y el compromiso cívico de los niños, niñas y adolescentes. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020. https://www.unicef.org/lac/media/22431/file/Pautas-para-la-participacion.pdf.

308. Adolescent participation and civic engagement. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://www.unicef.org/adolescence/participation, consultado el 22 de septiembre del 2022).

309. House S, Mahon T, Cavill S. Menstural hygiene matters a resource for improving menstrual hygiene around the world. Londres: WaterAid; 2012 (https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

310. Adminaité-Fodor D, Carson J, Jost G. Reducing road deaths among young people aged 15 to 30: European Transport Safety Council; 2022 (https://etsc.eu/reducing-road-deaths-among-young-people-pin-flash-41/, consultado el 6 de mayo del 2023).

311. Youth and road safety. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43607/9241595116_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

312. Olsson B, Pütz H, Reitzug F, Humphreys DK. Evaluating the impact of penalising the use of mobile phones while driving on road traffic fatalities, serious injuries and mobile phone use: a systematic review. Inj Prev. 2020;26:378-85.

313. Child development and motorcycle safety. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/childdevandmcsafety2015.pdf?ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

314. Salve vidas: Paquete de medidas técnicas de seguridad vial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-spa.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

315. Drowning prevention in the South-East Asia region–2014. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2014 (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/infosheetdrowningprevention-sear2014.pdf?ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

316. Global report on drowning: preventing a leading killer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-drowning-preventing-a-leading-killer, consultado el 6 de mayo del 2023).

317. Prevenir los ahogamientos: guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.who.int/handle/10665/259488, consultado el 19 de junio del 2023).

318. A WHO plan for burn prevention and care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

319. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241565233, consultado el 6 de mayo del 2023).

320. World report on child injury prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241563574, consultado el 6 de mayo del 2023).

321. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009;373:2223-33.

322. School-based violence prevention: a practical handbook. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

323. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57102, consultado el 6 de mayo del 2023).

324. WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505, consultado el 6 de mayo del 2023).

325. Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases: approaches for schools. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331947, consultado el 6 de mayo del 2023).

326. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741, consultado el 6 de mayo del 2023).

327. Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311034/9789243514093-spa.pdf?ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

328. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five-year results of a program to reduce poverty and reform welfare. Nueva York: MDRC; 2003 (https://www.mdrc.org/publication/new-hope-families-and-children).

329. Ozer EJ, Fernald LC, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. Pediatr. 2009;123:e630-e7.

330. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment, consultado el 6 de mayo del 2023).

331. Cancian M, Yang M-Y, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. Soc Serv Rev. 2013;87:417-37.

332. Evaluation of the roots Indonesia. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://www.unicef.org/indonesia/reports/evaluation-roots-indonesia, consultado el 6 de mayo del 2023).

333. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381, consultado el 6 de mayo del 2023).

334. Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual. Manual para gerentes de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/52483, consultado el 6 de mayo del 2023).

335. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (documento completo en inglés en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240, resumen en español en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/7705, consultado el 6 de mayo del 2023).

336. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043, consultado el 6 de mayo del 2023).

337. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP. Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. Child Abuse Negl. 2005;29:1099-119.

338. Online violence against children. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/online-violence-against-children, consultado el 22 de septiembre del 2022).

339. Pearce E, Paik K, Robles OJ. Adolescent girls with disabilities in humanitarian settings: "I am not 'worthless'—I am a girl with a lot to share and offer". Girlhood Studies. 2016;9:118-36. doi: 10.3167/ghs.2016.090109.

340. Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2018 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability_Guidelines_in_Spanish.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

341. Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/354399, consultado el 6 de mayo del 2023).

342. Kit de adaptación digital para planificación familiar: requisitos operativos para implementar las recomendaciones de la OMS en los sistemas digitales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240029743, consultado el 6 de mayo del 2023).

343. Digital adaptation kit for HIV: operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240054424, consultado el 6 de mayo del 2023).

344. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. Glob Health Sci Pract. 2015;3:333-40.

345. Igras SM, Macieira M, Murphy E, Lundgren R. Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. Glob Public Health. 2014;9:555-69.

346. Siddiqui M, Kataria I, Watson K, Chandra-Mouli V. A systematic review of the evidence on peer education programmes for promoting the sexual and reproductive health of young people in India. Sex Reprod Health Matters. 2020;28:1741494. doi: 10.1080/26410397.2020.1741494.

347. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899, consultado el 12 de agosto del 2023).

348. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168, consultado el 6 de mayo del 2023).

349. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2010 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_spa, consultado el 6 de mayo del 2023).

350. The effectiveness of behavioural interventions to prevent HIV: a compendium of evidence. Ginebra: Coalición Mundial para la Prevención del VIH; 2019 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2019/09/The-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-HIV.-A-compendium-of-evidence_final.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

351. Servicios de anticoncepción que responden a los adolescentes: Institucionalización de los elementos que responden a los adolescentes para ampliar su acceso y elección. Ginebra: Family Planning and High Impact Practices; 2013 (https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/servicios-de-anticoncepcion-que-responden-a-los-adolescentes/, consultado el 6 de mayo del 2023).

352. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence, June 2020. Policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-HHS-19.58).

353. Married adolescents: no place of safety. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (https://www.who.int/publications/i/item/9241593776, consultado el 6 de mayo del 2023).

354. Crisman B, Dykstra S, Kenny C, O'Donnell M. The impact of legislation on the hazard of female genital mutilation/cutting: regression discontinuity evidence from Burkina Faso-working paper 432. Washington, D.C.: Center for Global Development; 2016 (https://drive.google.com/file/d/1S9FKGDEPQwTlGzNPjqjj90PMjKlh-sNE/view, consultado el 6 de mayo del 2023).

355. Feldman-Jacobs C. Ending female genital mutilation/cutting: lessons from a decade of progress. Washington, D.C.: Population Reference Bureau; 2013 (https://web.archive.org/web/20191018212130/https://assets.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf, consultado el 5 de agosto del 2023).

356. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646, consultado el 6 de mayo del 2023).

357. Person-centred communication for female genital mutilation prevention: a facilitator's guide for training health-care providers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240041073, consultado el 6 de mayo del 2023).

358. Muthengi E, Olum R, Chandra-Mouli V. Context matters—one size does not fit all when designing interventions to prevent child marriage. J Adolesc Health. 2021;69:S1-S3.

359. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (documento completo en inglés en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44691, resumen de política en español en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241502214, consultado el 6 de mayo del 2023).

360. Deworming women during pregnancy has a positive effect on child survival and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/news/item/29-04-2021-deworming-women-during-pregnancy-has-a-positive-effect-on-child-survival-and-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

361. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241508742, consultado el 6 de mayo del 2023).

362. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550?locale-attribute=es, consultado el 6 de mayo del 2023).

363. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57092, consultado el 6 de mayo del 2023).

364. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Libr. 2015.

365. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030, consultado el 6 de mayo del 2023).

366. Marco para la reapertura de las escuelas. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020 (https://www.unicef.org/es/documents/marco-para-la-reapertura-de-las-escuelas, consultado el 19 de junio del 2023).

367. Interim statement on COVID-19 vaccination for children and adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/news/item/24-11-2021-interim-statement-on-covid-19-vaccination-for-children-and-adolescents, consultado el 6 de mayo del 2023).

368. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 5: Manejo de la tuberculosis en la población infantil y adolescente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57447, consultado el 5 de agosto del 2023).

369. Khan DSA, Naseem R, Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Interventions for high-burden infectious diseases in children and adolescents: a meta-analysis. Pediatr. 2022;149.

370. Contaminación atmosférica y salud infantil: prescribir aire limpio: resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/275548, consultado el 6 de mayo del 2023).

371. Lelieveld J, Haines A, Pozzer A. Age-dependent health risk from ambient air pollution: a modelling and data analysis of childhood mortality in middle-income and low-income countries. Lancet Planet Health. 2018;2:e292-e300.

372. Bowen A, Ma H, Ou J, Billhimer W, Long T, Mintz E et al. A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of a handwashing-promotion program in Chinese primary schools. Am J Trop Med Hyg. 2007;76:1166-73.

373. Smith L, Butler L, Tully MA, Jacob L, Barnett Y, López-Sánchez GF et al. Hand-washing practices among adolescents aged 12–15 years from 80 countries. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:138.

374. Derrotar a la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026407, consultado el 6 de mayo del 2023).

375. Borg J, Christie D, Coen PG, Booy R, Viner RM. Outcomes of meningococcal disease in adolescence: prospective, matched-cohort study. Pediatr. 2009;123:e502-e9.

376. Hoja de ruta para poner fin a la tuberculosis en niños y adolescentes. Segunda edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/52187, consultado el 6 de mayo del 2023).

377. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 5: Manejo de la tuberculosis en la población infantil y adolescente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57408, consultado el 6 de mayo del 2023).

378. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Planificación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://iris.who.int/handle/10665/43690, consultado el 6 de mayo del 2023).

379. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Detección temprana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://iris.who.int/handle/10665/44023, consultado el 6 de mayo del 2023).

380. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Cuidados paliativos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9241547345, consultado el 6 de mayo del 2023).

381. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Prevención. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://iris.who.int/handle/10665/44022, consultado el 6 de mayo del 2023).

382. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Política y abogacía. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9241547529, consultado el 6 de mayo del 2023).

383. Devine KA, Viola AS, Coups EJ, Wu YP. Digital health interventions for adolescent and young adult cancer survivors. JCO Clin Cancer Inform. 2018;2:1-15.

384. Coombs A, Schilperoort H, Sargent B. The effect of exercise and motor interventions on physical activity and motor outcomes during and after medical intervention for children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2020;152:103004.

385. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Diagnóstico y tratamiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://iris.who.int/handle/10665/44005, consultado el 6 de mayo del 2023).

386. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

387. WHO model list of essential medicines–22nd list, 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02).

388. De Vere Hunt I, Howard E, McPherson T. The impact of chronic skin disease in adolescence and the need for specialist adolescent services. Clin Exp Dermatol. 2020;45:5-9.

389. Recognizing neglected skin diseases: WHO publishes pictorial training guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/news/item/08-06-2018-recognizing-neglected-skin-diseases-who-publishes-pictorial-training-guide, consultado el 6 de mayo del 2023).

390. De Bes J, Legierse CM, Prinsen CA, De Korte J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. Acta Derm Venereol. 2011;91:12.

391. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/77751, consultado el 6 de mayo del 2023).

392. Vacunas contra los 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/bitstream/handle/10665/365350/WER9750-spa.pdf?sequence=17&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

393. La atención ocular en los sistemas de salud: guía de acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050068, consultado el 6 de mayo del 2023).

394. Safe listening devices and systems: a WHO-ITU standard. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

395. WHO global standard for safe listening venues and events. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

396. Tamizaje auditivo: consideraciones para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/55387, consultado el 6 de mayo del 2023).

397. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718, consultado el 6 de mayo del 2023).

398. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/206450, consultado el 6 de mayo del 2023).

399. Squeglia LM, Gray KM. Alcohol and drug use and the developing brain. Curr Psychiatry Rep. 2016;18:1-10.

400. Tomczyk S, Isensee B, Hanewinkel R. Latent classes of polysubstance use among adolescents—a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2016;160:12-29.

401. Tabaco [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco, consultado el 6 de mayo del 2023).

402. Chan GC, Stjepanović D, Lim C, Sun T, Shanmuga Anandan A, Connor JP et al. Gateway or common liability? A systematic review and meta-analysis of studies of adolescent e-cigarette use and future smoking initiation. Addiction. 2021;116:743-56.

403. O'Brien D, Long J, Quigley J, Lee C, McCarthy A, Kavanagh P. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2021;21:1-10.

404. Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/65608, consultado el 19 de junio del 2023).

405. Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco a nivel de la atención primaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/52793, consultado el 19 de junio del 2023).

406. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241599979, consultado el 6 de mayo del 2023).

407. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/50904, consultado el 6 de mayo del 2023).

408. Canavan CR, Fawzi WW. Addressing knowledge gaps in adolescent nutrition: toward advancing public health and sustainable development. Curr Dev Nutr. 2019;3:nzz062.

409. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241500210, consultado el 6 de mayo del 2023).

410. Bernardini C, Honton G, Irizarry L, Sanz J, Castillo E, Guevara C et al. Preventing teen pregnancies and supporting pregnant teenagers in Ecuador. Field Exchange. 2021;66.

411. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028, resumen en español en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

412. Directrices: Ingesta de potasio en adultos y niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241504829, resumen en español en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85226/WHO_NMH_NHD_13.1_spa.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023;).

413. Directrices: Ingesta de sodio en adultos y niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (documento completo en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836, resumen en español en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85224/WHO_NMH_NHD_13.2_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

414. Guideline: nutritional care and support for patients with tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241506410, consultado el 6 de mayo del 2023).

415. Prevention of iron deficiency anaemia in adolescents. Ginebra: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/205656, consultado el 6 de mayo del 2023).

416. Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241510196, consultado el 6 de mayo del 2023).

417. Iron and folic acid supplementation for adolescent girls and women. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://www.unicef.org/ghana/reports/iron-and-folic-acid-supplementation-adolescent-girls-and-women, consultado el 1 de febrero del 2023).

418. Fernandez-Gaxiola AC, De-Regil LM. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women. Cochrane Database Syst Rev. 2019.

419. Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9241545119, consultado el 6 de mayo del 2023).

420. Call for UN member states, UN system entities, civil society, private sector, media, local authorities and youth-led organizations to align strategies, approaches and programmatic responses with the principles outlined in the agenda for humanity in view of reaching all young people and empowering young women, young men, girls and boys to be agents of positive transformation. Compact for Young People in Humanitarian Action; 2018 (https://static1.squarespace.com/static/5b2d24e39d5abbe187e75234/t/5bbd5b40c8302522e6a7d092/1539136321855/COMPACT-document+May+2018.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

421. Adolescent programming experiences during conflict and post-conflict. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2004 (https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2526_d_adolescent_conflict.pdf, consultado el 26 de junio del 2023).

422. The sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Ginebra: The Sphere Project; 2011 (https://spherestandards.org/es/, consultado el 6 de mayo del 2023).

423. Desrosiers A, Betancourt T, Kergoat Y, Servilli C, Say L, Kobeissi L. A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. BMC Public Health. 2020;20:1-21.

424. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policies and programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193991/9789241565103_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

425. Six ways to successfully engage youth in peacebuilding [página web]. Washington, D.C.: Youth Power2; 2022 (https://www.youthpower.org/resources/six-ways-successfully-engage-youth-peacebuilding, consultado el 22 de septiembre del 2022).

426. United Nations global compact progress report 2018. Nueva York: Naciones Unidas; 2018.

427. La salud mental en las emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/La-Salud-Mental-en-las-Emergencias.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

428. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://iris.who.int/handle/10665/44837, consultado el 6 de mayo del 2023).

429. Food and nutrition needs in emergencies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (https://www.who.int/publications/i/item/food-and-nutrition-needs-in-emergencies, consultado el 6 de mayo del 2023).

430. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://www.who.int/publications/i/item/guidance-note-on-disability-and-emergency-risk-management-for-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

431. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (https://iris.who.int/handle/10665/67632, consultado el 6 de mayo del 2023).

432. Do's and don'ts in community-based psychosocial support for sexual violence survivors in conflict-affected settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-12.16, consultado el 6 de mayo del 2023).

433. Sexual and reproductive health (SRH) including HIV: From minimum initial response to comprehensive services. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2010 (http://www.unhcr.org/5077d9349.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

434. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (https://iris.who.int/handle/10665/44228, consultado el 6 de mayo del 2023).

435. Lathia C, Skelton P, Clift Z. Early rehabilitation in conflicts and disasters. Londres: Handicap International; 2020.

436. Carga mundial de mordeduras de serpiente: Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_17-sp.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

437. Kasturiratne A, Wickremasinghe AR, de Silva N, Gunawardena NK, Pathmeswaran A, Premaratna R et al. The global burden of snakebite: a literature analysis and modelling based on regional estimates of envenoming and deaths. PLoS Med. 2008;5. doi: 10.1371/journal.pmed.0050218.

438. Seventy-first World Health Assembly: Geneva, 21-26 May 2018: summary records of committees, reports of committees. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/325993, consultado el 6 de mayo del 2023).

439. Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, consultado el 5 de agosto del 2023).

440. Kyu HH, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A, Charlson FJ et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. JAMA Pediatr. 2016;170:267-87. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4276.

441. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2016;387:2383-401.

442. Databases and resources for statistics. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/adolescent-and-young-adult-health/resource-bank-for-adolescent-health/databases-and-resources-for-statistics, consultado el 1 de febrero del 2023).

443. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55711/9789275325124_spa.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

444. Rapid assessment of the implementation of adolescent health programmes in countries of South-East Asia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342587/9789290228639-eng.pdf?sequence=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

445. Lessons learned from applying the accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!) guidance for policy development in early adopter countries: Sudan. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241516341, consultado el 6 de mayo del 2023).

446. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) - Jamaica [página web]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2023 (https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?locations=JM, consultado el 15 de junio del 2023).

447. Amo-Adjei J, Caffe S, Simpson Z, Harris M, Chandra-Mouli V. "Second chances" for adolescent mothers: four decades of insights and lessons on effectiveness and scale-up of Jamaica's PAM. Am J Sex Educ. 2023:1-34.

448. Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios. Westport (CT) y Nueva York: Save the Children y Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf, consultado el 15 de junio del 2023).

449. Health systems strengthening glossary. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf, consultado el 11 de marzo del 2017).

450. Encarar los hechos: el caso de la educación integral en sexualidad. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2019 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231_spa, consultado el 6 de mayo del 2023).

451. Sexuality education review and assessment tool. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2020 (https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fhealtheducationresources.unesco.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fresources%2Fsexuality_education_review_and_assessment_tool_en_3.023.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK, consultado el 23 de junio del 2023).

452. Rasanathan K, Damji N, Atsbeha T, Brune Drisse MN, Davis A, Dora C et al. Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era. BMJ. 2015;351:h4213. doi: 10.1136/bmj. h4213.

453. Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European region. governance for a sustainable future: improving health and well-being for all: final report. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341715, consultado el 6 de mayo del 2023).

454. 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.

455. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44708, consultado el 6 de mayo del 2023).

456. Stronger collaboration for an equitable and resilient recovery towards the health-related sustainable development goals, incentivizing collaboration: 2022 progress report on the global action plan for healthy lives and well-being for all. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/354381, consultado el 6 de mayo del 2023).

457. Guía de UNICEF para la incidencia de los y las jóvenes. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/2022-Guia-de-UNICEF-para-la-Incidencia-de-los-y-las-Jovenes.pdf/, consultado el 6 de mayo del 2023).

458. Young people's participation in community-based responses to HIV - from passive beneficiaries to active agents of change. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/Sida; 2018 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/young-peoples-participation-in-community-based-responses-to-hiv, consultado el 6 de mayo del 2023).

459. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 2: Guía de aplicación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28570/9789275319048_v2-spa.pdf?ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

460. Asker S, Gero A. The role of child and youth participation in development effectiveness: a literature review. Surry Hills: Child Fund Australia; 2012 (https://www.yacwa.org.au/wp-content/uploads/2016/09/Role_of_Child_and_Youth_Participation_in_Development_Effectiveness.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

461. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/34933, consultado el 6 de mayo del 2023).

462. How to manage research and participation projects: the ethics according to young people. Oxford: Association for Young People's Health; 2021 (https://irp-cdn.multiscreensite.com/29f8e96e/files/uploaded/Ethics%20in%20YP%20participation%20and%20research%20CommonRoom.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

463. Formative research to inform adolescent programming in Cambodia: engagement for health, nutrition, and sustainable development. Roma: Programa Mundial de Alimentos; 2018 (https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000064044/download/?_ga=2.155210803.907460398.1664883718-1710763202.1664883718, consultado el 7 de mayo del 2023).

464. Rolling out the advocating for change for adolescents toolkit in five countries: highlights, challenges and lessons learned: youth advocacy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/362195, consultado el 6 de mayo del 2023).

465. Bulc B, Al-Wahdani B, Bustreo F, Choonara S, Demaio A, Jácome DI et al. Urgency for transformation: youth engagement in global health. Lancet Glob Health. 2019;7:e839-e40. doi: 10.1016/S2214-109X*(19)*30221-9.

466. Brief: rolling out the advocating for change for adolescents toolkit. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/362195, consultado el 6 de mayo del 2023).

467. Practical guidance resource to operationalize the global consensus statement on meaningful adolescent and youth engagement (MAYE). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

468. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud ; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28569/9789275319048_v1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

469. Measuring youth engagement. Guidance for monitoring and evaluating youth programs. Washington, D.C.: YouthPower Learning and Making Cents International; 2018 (https://www.youthpower.org/sites/default/files/YouthLead/files/resources/Measuring%20Youth%20Engagement.pdf, consultado el 26 de junio del 2023).

470. Advocating for change for adolescents! A practical toolkit for young people to advocate for improved adolescent health and well-being. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://womendeliver.org/publications/advocating-change-adolescents/, consultado el 24 de junio del 2023).

471. GFF-CSO and youth engagement framework 2021-2025. Washington, D.C.: Global Financing Facility; 2020 (https://web.archive.org/web/20220718021149/https://www.globalfinancingfacility.org/cso-and-youth-engagement-framework, consultado el 24 de junio del 2023).

472. Guía de UNICEF para la incidencia de los y las jóvenes. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/2022-Guia-de-UNICEF-para-la-Incidencia-de-los-y-las-Jovenes.pdf/, consultado el 6 de mayo del 2023).

473. Remme M, Martinez-Alvarez M, Vassall A. Cost-effectiveness thresholds in global health: taking a multisectoral perspective. Value Health. 2017;20:699-704. doi: 10.1016/j.jval.2016.11.009.

474. O'Brien M, Bachmann MO, Jones NR, Reading R, Thoburn J, Husbands C et al. Do integrated children's services improve children's outcomes?: evidence from England's Children's Trust Pathfinders. Child Soc. 2009;23:320-35.

475. Case study. Intersectorial experience in the empowerment of adolescent girls. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2022 (https://docslib.org/doc/7958019/case-study-intersectorial-experience-in-the-empowerment-of-adolescent-girls, consultado el 16 de septiembre del 2022).

476. Chandra-Mouli V, Gibbs S, Badiani R, Quinhas F, Svanemyr J. Programa Geração Biz, Mozambique: how did this adolescent health initiative grow from a pilot to a national programme, and what did it achieve? Reprod Health. 2015;12:1-12.

477. Freund P, Graybill E, Keith N. Health and education working together-a case study of a successful school. Health and nutrition model. Lusaka: CHANGES Program; 2005.

478. Mwandawiro CS, Nikolay B, Kihara JH, Ozier O, Mukoko DA, Mwanje MT et al. Monitoring and evaluating the impact of national school-based deworming in Kenya: study design and baseline results. Parasit Vectors. 2013;6:1-14.

479. Heenan D, Birrell D. Organisational integration in health and social care: some reflections on the Northern Ireland experience. J Integr Care. 2009;17:3-12.

480. Flynn M, Hayes CD. Blending and braiding funds to support early care and education initiatives: financing strategy series. Washington, D.C.: Finance Project; 2003 (https://eric.ed.gov/?id=ED473844).

481. Hjortsberg C, Ghatnekar O, Rico A, Wisbaum W, Cetani T. Health care systems in transition: Sweden. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/108436, consultado el 22 de junio del 2023).

482. Garg R, Karpati A, Leighton J, Perrin M, Shah M. Asthma facts. Nueva York: Departamento de Salud e Higiene Mental; 2003. (https://www.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/asthma/facts.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

483. King B, Simon S-G, Mike J. The road safety partnership grant programme: summary report of impact of round two projects and progress on later projects. Norfolk: Departamento de Transporte; 2011 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/4004/report.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

484. Marsh AD, Guthold R. Availability and components of national adolescent health programs, by World Bank income group. J Adolesc Health. 2022;71:145-doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.05.003.

485. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/192280, consultado el 6 de mayo del 2023).

486. Maximizing impact by addressing adolescents' needs in global fund concept notes strategic investments for adolescents in HIV, tuberculosis and malaria programs. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2016 (https://teampata.org/wp-content/uploads/2018/02/Global-FUND-AYouth_StrategicInvestmentsforAdolescents.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

487. Assessment of global fund investments for adolescent and young key populations in four countries in Asia: Myanmar, Indonesia, Cambodia, Pakistan. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2019 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/youth-lead-assessment-gf-investment-adolescent-and-ykp-2019.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

488. The Global Fund measurement framework for adolescent girls and young women programs. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2018 (https://www.theglobalfund.org/media/8076/me_adolescentsgirlsandyoungwomenprograms_frameworkmeasurement_en.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

489. The Global Fund results report 2022 - world. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2022 (https://reliefweb.int/report/world/global-fund-results-report-2022, consultado el 6 de mayo del 2023).

490. Principles of health benefit packages. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/340723, consultado el 6 de mayo del 2023).

491. OneHealth Tool [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/publications/m/item/onehealth-tool-supporting-integrated-strategic-health-planning-costing-and-health-impact-analysis, consultado el 23 de junio del 2023).

492. Adolescent and youth (AY) addendum to the global financing facility civil society engagement strategy. Tbilisi: Global Financing Facility; 2013 (https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Civil-Society-Engagement-Strategy-Addendum-Adolescents_EN.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

493. Governance for strategic purchasing: an analytical framework to guide a country assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330247, consultado el 6 de mayo del 2023).

494. Vaivada T, Sharma N, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Bhutta ZA. Interventions for health and well-being in school-aged children and adolescents: a way forward. Pediatr. 2022;149. doi: 10.1542/peds.2021-053852M.

495. Viner RM, Bonell C, Drake L, Jourdan D, Davies N, Baltag V et al. Reopening schools during the COVID-19 pandemic: governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure. Arch Dis Child. 2021;106:111-3. doi: 10.1136/archdischild-2020-319963.

496. Buena salud y nutrición óptima en la adolescencia. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; 2021 (https://pmnch.who.int/es/resources/publications/m/item/good-health-and-optimum-nutrition-in-adolescence, consultado el 6 de mayo del 2023).

497. Shinde S, Weiss HA, Varghese B, Khandeparkar P, Pereira B, Sharma A et al. Promoting school climate and health outcomes with the SEHER multi-component secondary school intervention in Bihar, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2018;392:2465-77. doi: 10.1016/S0140-6736*(18)*31615-5.

498. Health promoting schools Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1, consultado el 6 de mayo del 2023).

499. McBrien J, Rutigliano A, Sticca A. The inclusion of LGBTQI+ students across education systems: an overview. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 2022 (https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-inclusion-of-lgbtqi-students-across-education-systems_91775206-en%3Bjsessionid=Xqg34ZCBv2ts1u3T_j8SBUpOnOPKLJxTA_CALrE_.ip-10-240-5-61, consultado el 6 de mayo del 2023).

500. Goto R, Okubo Y, Skokauskas N. Reasons and trends in youth's suicide rates during the COVID-19 pandemic. Lancet Reg Health West Pac. 2022;27. doi: 10.1016/j.lanwpc.2022.100567.

501. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878, consultado el 6 de mayo del 2023).

502. Viner R, Russell S, Saulle R, Croker H, Stansfeld C, Packer J et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. MedRxiv. 2021.

503. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet. 2020;396:1204-22. doi: 10.1016/S0140-6736*(20)*30925-9.

504. Normas Mínimas Para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (CPMS). Alianza para la Protección de la niñez y adolescencia en la Acción Humanitaria; 2019 (https://spherestandards.org/es/resources/minimum-standards-for-child-protection-in-humanitarian-action-cpms/, consultado el 6 de mayo del 2023).

505. 10 proposals to build a safer world together – strengthening the global architecture for health emergency preparedness, response and resilience: white paper for consultation, June 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/m/item/10-proposals-to-build-a-safer-world-together---strengthening-the-global-architecture-for-health-emergency-preparedness--response-andresilience--white-paper-for-consultation--june-2022, consultado el 6 de mayo del 2023).

506. Emergency response framework (ERF). 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/258604, consultado el 6 de mayo del 2023).

507. Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: taking action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/337842, consultado el 6 de mayo del 2023).

508. La Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas. Ginebra: Alianza CHS; 2014 (https://corehumanitarianstandard.org/files/files/Core%20Humanitarian%20Standard%20-%20Spanish.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

509. Guidelines: With us and for us, working with young people in humanitarian and protracted crisis. IASC; 2020 (https://resourcecentre.savethechildren.net/document/guidelines-us-and-us-working-young-people-humanitarian-and-protracted-crisis/, consultado el 6 de mayo del 2023).

510. Codiseñar intervenciones de construcción con niñas y niños afectados por el desplazamiento (DeCID): Guía práctica. Nairobi: ONU-Hábitat; 2021 (https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/12/decid-handbook-esp-2.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

511. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516, consultado el 6 de mayo del 2023).

512. Jones N, Presler-Marshall E. Social protection and adolescent capabilities. Batu Ziway: ALiGN; 2019 (https://www.alignplatform.org/sites/default/files/2019-04/social_protection_0.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

513. Manual para evaluar los obstáculos en el acceso de la población adolescente a los servicios de salud, con énfasis en los grupos de adolescentes desfavorecidos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57601, consultado el 24 de junio del 2023).

514. 2022 progress report on the global action plan for healthy lives and well-being for all. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/354381, consultado el 6 de mayo del 2023).

515. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. Data portal [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/policy-on-free-access-to-health-services-for-adolescents-10-19-years, consultado el 23 de junio del 2023).

516. Achieving universal health coverage for the world's 1.2 billion adolescents [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/adolescent-and-young-adult-health/achieving-universal-coverage, consultado el 5 de agosto del 2023).

517. Key populations are being left behind in universal health coverage intervention: landscape review of health insurance schemes in the Asia-pacific region. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/Sida; 2022 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/key-populations-universal-health-coverage-asia-pacific, consultado el 6 de mayo del 2023).

518. Out-of-pocket health expenses as percentage of total health expenditure [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/out-of-pocket-health-expenses-as-percentage-of-total-health-expenditure, consultado el 25 de junio del 2023).

519. Lagarde M, Huicho L, Papanicolas I. Motivating provision of high quality care: it is not all about the money. BMJ. 2019;366:l5210. doi: 10.1136/bmj.l5210.

520. South Africa, High Court of South Africa (Gauteng division, Pretoria), 17 July 2020, 22588/2020 [página web]. Pretoria: High Court of South Africa; 2021 (https://www.covid19litigation.org/case-index/south-africa-high-court-south-africa-gauteng-division-pretoria-225882020-2020-07-17, consultado el 6 de mayo del 2023).

521. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/126383, consultado el 6 de mayo del 2023).

522. Global competency and outcomes framework for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352711, consultado el 6 de mayo del 2023).

523. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria: incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/178251, consultado el 6 de mayo del 2023).

524. Sawyer SM, McNeil R, Francis KL, Matskarofski JZ, Patton GC, Bhutta ZA et al. The age of paediatrics. Lancet Child Adolesc Health. 2019;3:822-30. doi: 10.1016/S2352-4642*(19)*30266-4.

525. A new national adolescent health strategy in Mauritius. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/news/item/22-04-2023-a-new-national-adolescent-health-strategy-in-mauritius, consultado el 6 de mayo del 2023).

526. National adolescent and youth health strategy *(2016–2020)*. El Cairo: Ministerio de Salud; 2016 (https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/National-Adolescent-and-Youth-Health-Strategy-2016-2020.Ethiopia.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

527. Integrated management of adult and adolescent illness (IMAI). Ginebra: Organización Mundial de la Salud [de próxima publicación].

528. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/352485, consultado el 12 de mayo del 2023).

529. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/366407, consultado el 6 de mayo del 2023).

530. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/340027, consultado el 6 de mayo del 2023).

531. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: enhancing uptake of VMMC among adolescent boys and men at higher risk for HIV: evidence and case studies: technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350120, consultado el 6 de mayo del 2023).

532. 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. doi: D - NLM: PMC4540599 OTO – NOTNLM.

533. Lazzerini M, Mariani I, de Melo E Lima TR, Felici E, Martelossi S, Lubrano R et al. WHO standards-based tools to measure service providers' and service users' views on the quality of hospital child care: development and validation in Italy. BMJ Open. 2022;12:e052115. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052115.

534. Servicios de salud de calidad: guía de planificación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/56398, consultado el 6 de mayo del 2023).

535. La desparasitación de las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva: informe de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/351682, consultado el 6 de mayo del 2023).

536. Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services: implementation brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/346345, consultado el 6 de mayo del 2023).

537. Bert F, Camussi E, Gili R, Corsi D, Rossello P, Scarmozzino A et al. Transitional care: a new model of care from young age to adulthood. Health Policy (New York). 2020;124:1121-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.08.002.

538. Rigby E, Hagell A, Davis M, Gleeson H, Mathews G, Turner G. Getting health services right for 16–25 year-olds. Arch Dis Child. 2021;106:9-13. doi: 10.1136/archdischild-2019-318648.

539. Otth M, Denzler S, Koenig C, Koehler H, Scheinemann K. Transition from pediatric to adult follow-up care in childhood cancer survivors-a systematic review. J Cancer Surviv. 2021;15:151-62. doi: 10.1007/s11764-020-00920-9.

540. Ritchwood TD, Malo V, Jones C, Metzger IW, Atujuna M, Marcus R et al. Healthcare retention and clinical outcomes among adolescents living with HIV after transition from pediatric to adult care: a systematic review. BMC Public Health. 2020;20:1195. doi: 10.1186/s12889-020-09312-1.

541. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 3: Herramientas para la realización de encuestas de calidad y de cobertura con el fin de obtener datos sobre el cumplimiento de las normas mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28571/9789275319048_v3-spa.pdf?ua=1, consultado el 6 de mayo del 2023).

542. WHO community engagement framework for quality, integrated and people-centred and resilient health services (CEQ). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.who.int/handle/10665/259280, consultado el 6 de mayo del 2023).

543. Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice, December 2019: technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/329993, consultado el 6 de mayo del 2023).

544. Improving adolescent and youth health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.afro.who.int/countries/democratic-republic-of-congo/news/improving-adolescent-and-youth-health-services, consultado el 6 de mayo del 2023).

545. Declaración de Alma-Ata. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1978 (https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

546. Declaration of Astana: global conference on primary health care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123, consultado el 6 de mayo del 2023).

547. Banati P, Banerjee A, Daelmans B, Baltag V. The need for new models to measure the impact of prevention. J Adolesc Health. 2023;72:9-11.

548. Well-child visits or child health re-design. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en imprenta].

549. Glasner J, Baltag V, Ambresin AE. Previsit multidomain psychosocial screening tools for adolescents and young adults: a systematic review. J Adolesc Health. 2021;68:449-59. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.10.003.

550. How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350205, consultado el 6 de mayo del 2023).

551. New app to access WHO's voluntary medical male circumcision guidelines and resources [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/news/item/01-02-2021-new-app-to-access-who-s-voluntary-medical-male-circumcision-guidelines-and-resources, consultado el 6 de mayo del 2023).

552. Be he@lthy, be mobile: a handbook on how to implement mSafeListening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352284, consultado el 6 de mayo del 2023).

553. Be he@lthy, be mobile: a toolkit on how to implement MyopiaEd. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/352435, consultado el 6 de mayo del 2023).

554. Ali A, Mouli VC. Lessons learned from the adaptations to the provision of comprehensive sexuality education during the COVID-19 pandemic: case studies from five countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://web.archive.org/web/20231201161402/https://hlh.who.int/learning-briefs/provision-of-comprehensive-sexuality-education-during-covid-19, consultado el 6 de mayo del 2023).

555. Michaud PA, Vervoort JPM, Visser A, Baltag V, Reijneveld SA, Kocken PL et al. Organization and activities of school health services among EU countries. Eur J Public Health. 2021;31:502-8. doi: 10.1093/eurpub/ckaa200.

556. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: a systematic review of systematic reviews. PLoS One. 2019;14:e0212603. doi: 10.1371/journal.pone.0212603.

557. Primary school age education. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://data.unicef.org/topic/education/primary-education, consultado el 6 de mayo del 2023).

558. Recursos efectivos en salud escolar: Un enfoque nuevo para mejorar la calidad y la equidad educativa. Foro Mundial por la Educación 2000, informe final. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 (versión en español de la página 19 a la página 27: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124086).

559. Baltag V, Moran D. Are routine health examinations fulfilling their promise for prevention? Health Behav Policy Rev. 2018;5:3-22.

560. Davidson SK, Sanci L, de Nicolás Izquierdo C, Watson CJ, Baltag V, Sawyer SM. Best practice during teleconsultations with adolescents: a scoping review. J Adolesc Health. 2022;70:714-28. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.11.012.

561. Analysis and use of health facility data: guidance for RMNCAH programme managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240080331, consultado el 6 de mayo del 2023).

562. Global school-based student health survey [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey, consultado el 23 de junio del 2023).

563. Global youth tobacco survey [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey, consultado el 23 de junio del 2023).

564. About the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study [página web]. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2023 (https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study, consultado el 23 de junio del 2023).

565. Global school health policies and practices survey [página web]. 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 23 de junio del 2023).

566. Aprender y prosperar: salud y nutrición escolar alrededor del mundo; puntos clave. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2023 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381965_spa, consultado el 22 de abril del 2023).

567. Estimating the number of children deprived of liberty in the administration of justice. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2021/11/Children-in-detention_Estimating-the-number-of-children-deprived-of-liberty_2021.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

568. Observación general núm. 24 *(2019)* relativa a los derechos del niño en el sistema de justicia juvenil. Nueva York: Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas; 2019 (https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.

569. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878, consultado el 6 de mayo del 2023).

570. Juvenile justice: national diversion framework. Lusaka: Ministerio de Desarrollo Comunitario y Servicios Sociales; 2018 (https://www.unicef.org/zambia/media/1306/file/Zambia-diversion-framework-2018.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

571. Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 1989 (https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child, consultado el 24 de junio del 2023).

572. Justice in matters involving child victims: online training [página web]. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2009 (https://www.unodc.org/justice-child-victims/, consultado el 26 de junio del 2023).

573. Handbook for professionals and policymakers on justice matters involving child victims and witnesses of crime. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2009 (https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/handbook_for_professionals_and_policymakers_on_justice_in_matters_involving_child_victims_and_witnesses_of_crime.html, consultado el 26 de junio del 2023).

574. Detention of children in the time of COVID-19. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (https://www.unicef.org/documents/detention-children-time-covid, consultado el 24 de junio del 2023).

575. Baltag V. GR, Sawyer S.M. Global health in young adulthood: disease burden, vulnerabilities and health determinants. In: Haring R, Kickbusch I, Ganten D, Moetit M, editors. Handbook of global health. Nueva York: Springer; 2020 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_130-1).

576. Demand-side policies for employment promotion in low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial del Trabajo; 2022 (https://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_849235/lang--en/index.htm, consultado el 24 de junio del 2023).

577. Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2020 (https://www.itu.int/en/ITU-D/Cybersecurity/Documents/COP/Guidelines/2020-translations/S-GEN-COP.EDUC-2020-PDF-S.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

578. Directrices sobre la protección de la infancia en línea para los encargados de formular políticas. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2020 (https://www.itu-cop-guidelines.com/_files/ugd/9ad503_ddd11b88e9fb446db04dac88def1428a.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

579. Recommendation of the council on children in the digital environment. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 2022 (https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0389%20, consultado el 6 de mayo del 2023).

580. Measuring digital development. Facts and figures. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2020 (https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/FactsFigures2020.pdf, consultado el 24 de junio del 2023).

581. Haddock A, Ward N, Yu R, O'Dea N. Positive effects of digital technology use by adolescents: a scoping review of the literature. Int J Environ Res Public Health. 2022;19. doi: 10.3390/ijerph192114009.

582. Stoilova M, Livingstone S, Khazbak R. Investigating risks and opportunities for children in a digital world: a rapid review of the evidence on children's Internet use and outcomes, Innocenti Discussion Papers, no. 2020-03. Florence: UNICEF Office of Research - Innocenti; 2021 (https://www.unicef.org/innocenti/reports/investigating-risks-and-opportunities-children-digital-world, consultado el 24 de junio del 2023).

583. Directrices sobre la protección de la infancia en línea para la industria. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2009 (https://www.itu-cop-guidelines.com/_files/ugd/9ad503_b8f5bb28a2f74e86a4a856b7700914db.pdf, consultado el 24 de junio del 2023).

584. Online with Sango [página web]. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2020 (https://childhub.org/en/child-protection-online-library/online-sango, consultado el 26 de junio del 2023).

585. Salve vidas: Paquete de medidas técnicas de seguridad vial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-spa.pdf?sequence=1, consultado el 24 de junio del 2023).

586. A tale of twin demographics: youth in cities [página web]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2023 (https://blogs.worldbank.org/jobs/tale-twin-demographics-youth-cities, consultado el 22 de abril del 2023).

587. What land means to youth. Nairobi: ONU-Hábitat; 2023 (https://unhabitat.org/what-land-means-to-youth, consultado el 22 de abril del 2023).

588. Memedovic O. Leveraging a new generation of industrial parks and zones for inclusive and sustainable development. Viena: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; 2018 (https://hub.unido.org/sites/default/files/publications/UNIDO_Strategic%20Framework_WEB.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

589. Youth [página web]. Nairobi: ONU-Hábitat; 2018 (https://unhabitat.org/topic/youth, consultado el 6 de mayo del 2023).

590. Cities and pandemics: towards a more just, green and healthy future. Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat); 2021 (https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/03/cities_and_pandemics-towards_a_more_just_green_and_healthy_future_un-habitat_2021.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

591. Gender equality action plan 2014-2019. Nairobi: ONU-Hábitat; 2014 (https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/GENDER%20EQUALITY%20ACTION%20PLAN%202014-2019.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

592. Integrar la salud en la planificación urbana y territorial: manual de consulta. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003170, consultado el 24 de junio del 2023).

593. Healthy cities effective approach to a changing world. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240004825, consultado el 6 de mayo del 2023).

594. WHO manifesto for a healthy recovery from COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/climate-change/who-manifesto-for-a-healthy-and-green-post-covid-recovery.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

595. Leveraging multi-level governance approaches to promote Health Equity: A Guide. Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat); 2021 (https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/10/leveraging_multi-level_governance_approaches_to_promote_health_equity-a_guide_web.pdf, consultado el 24 de junio del 2023).

596. Global report on urban health; equitable, healthier cities for sustainable development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/204715, consultado el 24 de junio del 2023).

597. Gender Equality Action Plan (2014-2019). Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat); 2014 (https://unhabitat.org/geap-gender-equality-action-plan-2014-2019, consultado el 24 de junio del 2023).

598. More active people for a healthier world [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/news-room/initiatives/gappa, consultado el 24 de junio del 2023).

599. Promoción de la actividad física en las escuelas: un conjunto de herramientas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/365371, consultado el 24 de junio del 2023).

600. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/56080, consultado el 24 de junio del 2023).

601. Call to action. empowering women and youth to accelerate clean energy transition. Viena: Vienna Energy Forum; 2021 (https://www.viennaenergyforum.org/call-action/, consultado el 6 de mayo del 2023).

602. Call to action to champion youth mainstreaming in energy compacts to accelerate a just, inclusive and sustainable energy transition. Viena: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; 2021 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/10/call_to_action_recommendations.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

603. Clean household energy solutions toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/tools/clean-household-energy-solutions-toolkit, consultado el 22 de abril del 2023).

604. The physical environment as a determinant of adolescent health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section/section_5/level5_12.php, consultado el 21 de septiembre del 2022).

605. ¡No contamines mi futuro! El impacto de los factores medioambientales en la salud infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-FWC-IHE-17.01, consultado el 6 de mayo del 2023).

606. Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/204585, consultado el 6 de mayo del 2023).

607. Estado mundial del saneamiento: Un llamamiento urgente a transformar el saneamiento para mejorar la salud, los entornos, las economías y las sociedades. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020 (https://www.unicef.org/media/102811/file/Estado%20Mundial%20del%20Saneamiento.pdf, consultado el 22 de abril del 2023).

608. Schools ill-equipped to provide healthy and inclusive learning environments for all children Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/news/item/23-06-2022-schools-ill-equipped-to-provide-healthy-and-inclusive-learning-environments-for-all-children---unicef--who, consultado el 6 de mayo del 2023).

609. Contaminación del aire ambiente (exterior) [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

610. Contaminación del aire doméstico [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

611. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://www.who.int/publications/i/item/state-of-the-science-of-endocrine-disrupting-chemicals, consultado el 6 de mayo del 2023).

612. Guidance on chemicals and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/tools/compendium-on-health-and-environment/chemicals, consultado el 22 de abril del 2023).

613. GEO-6 for youth. Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; 2021 (https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/35138/G4Y.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

614. Por las personas y el planeta: La Estrategia del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente para 2022-2025 dirigida a combatir el cambio climático, la pérdida de recursos naturales y la contaminación. Nairobi: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; 2022 (https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/42683/medium_term_strategy_2022_SP.pdf?sequence=6&isAllowed=y, consultado el 6 de mayo del 2023).

615. Progresos en materia de agua para consumo, saneamiento e higiene en las escuelas: la COVID-19 en el punto de mira. Nueva York y Ginebra: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/362073, consultado el 24 de junio del 2023).

616. Estado mundial de la higiene de manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240036444, consultado el 24 de junio del 2023).

617. Los 17 objetivos del Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 (https://sdgs.un.org/es/goals, consultado el 26 de septiembre del 2022).

618. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2017.

619. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Nueva York: Todas las Mujeres, Todos los Niños; 2015.

620. Guglielmi S, Jones N. The invisibility of adolescents within the SDGs 2019.

621. Indicator and monitoring framework for the global strategy for women's, children's and adolescent health. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2016 (https://data.unicef.org/resources/indicator-monitoring-framework-global-strategy-womens-childrens-adolescents-health/, consultado el 6 de mayo del 2023).

622. 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;69:365-74. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.04.026.

623. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. Lancet. 2019;393:1101-18. doi: 10.1016/S0140-6736*(18)*32427-9.

624. Boerma T, Requejo J, Victora CG, Amouzou A, George A, Agyepong I et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. Lancet. 2018;391:1538-48. doi: 10.1016/S0140-6736*(18)*30104-1.

625. Measuring mental health among adolescents at the population level (MMAP). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap, consultado el 6 de mayo del 2023).

626. 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;64:697-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.03.008.

627. The global action for measurement of adolescent health (GAMA) [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/groups/the-global-action-for-measurement-of-adolescent-health, consultado el 6 de mayo del 2023).

628. The DHS program – quality information to plan, monitor and improve population, health, and nutrition programs [página web]. Rockville (MD): Demographic and Health Surveys; 2023 (https://dhsprogram.com, consultado el 1 de febrero del 2023).

629. Surveys - UNICEF MICS. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 (https://mics.unicef.org/surveys, consultado el 1 de febrero del 2023).

630. Noncommunicable disease surveillance, monitoring and reporting. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance, consultado el 6 de mayo del 2023).

631. HBSC study | health behaviour in school-aged children study. Glasgow: Health Behaviour in School-Aged Children; 2023 (https://hbsc.org, consultado el 1 de febrero del 2023).

632. Civil registration and vital statistics (CRVS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs), consultado el 1 de febrero del 2023).

633. Information [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/information, consultado el 1 de febrero del 2023).

634. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. Data portal [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations, consultado el 26 de junio del 2023).

635. Adolescent data portal. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 (https://data.unicef.org/adp/, consultado el 27 de septiembre del 2022).

636. Panel de adolescentes y jóvenes. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2023 (https://www.unfpa.org/es/data/dashboard/adolescent-youth, consultado el 1 de febrero del 2023).

637. Guthold R, Baltag V, Katwan E, Lopez G, Diaz T, Ross DA. Easy access to the latest global, regional, and national adolescent health data: the World Health Organization Maternal, Newborn, Child, And Adolescent Health and Ageing Data Portal. J Adolesc Health. 2021;68:243-5.

638. NCD Microdata Repository [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/home, consultado el 6 de mayo del 2023).

639. Monitoreo de las desigualdades en la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240042438, consultado el 23 de septiembre del 2022).

640. Diaz T, Strong KL, Cao B, Guthold R, Moran AC, Moller A-B et al. A call for standardised age-disaggregated health data. Lancet. 2021;2:e436-e43. doi: 10.1016/S2666-7568*(21)*00115-X.

641. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210, consultado el 6 de mayo del 2023).

642. Evaluación de los programas de salud: Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981 (https://iris.who.int/handle/10665/40741, consultado el 6 de mayo del 2023).

643. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/85877, consultado el 6 de mayo del 2023).

644. Principles for evaluation of development assistance. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 1991 (https://www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf, consultado el 6 de mayo del 2023).

645. Sebire SJ, Banfield K, Jago R, Edwards MJ, Campbell R, Kipping R et al. A process evaluation of the PLAN-A intervention (peer-led physical activity intervention for adolescent girls). BMC Public Health. 2019;19:1-13. doi: 10.1186/s12889-019-7545-z.

646. Working together for health and sustainable development [página web]. Health Data Collaborative; 2023 (https://www.healthdatacollaborative.org, consultado el 13 de mayo del 2023).

647. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? Behav Brain Sci. 2010;33:61-83; discussion -135. doi: 10.1017/S0140525X0999152X.

648. Lansford JE, Banati P. Handbook of adolescent development research and its impact on global policy. Oxford: Oxford University Press; 2018 (https://global.oup.com/academic/product/handbook-of-adolescent-development-research-and-its-impact-on-global-policy-9780190847128?cc=us&lang=en&, consultado el 6 de mayo del 2023).

649. Banati P, Bacalso C. A multi-country study of risk and protective factors for emotional and behavioral problems among early adolescents. J Youth Dev. 2021;16:124-58. doi: 10.5195/jyd.2021.1025.

650. Stocktaking on the GFF strategy and country results. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial; 2022 (https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-IG15-2-Stocktaking.pdf, consultado el 19 de junio del 2023).

651. Armstrong A, Nagata JM, Vicari M, Irvine C, Cluver L, Sohn AH et al. A global research agenda for adolescents living with HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018;78 Suppl 1:S16-S21. doi: 10.1097/QAI.0000000000001744.

652. COVID-19 Research Prioritization Group on MNCAH. Global research priorities on COVID 19 for maternal, newborn, child and adolescent health. J Glob Health. 2021;11:04071. doi: 10.7189/jogh.11.04071.

653. Hindin MJ, Christiansen CS, Ferguson BJ. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2013;91:10-8. doi: 10.2471/BLT.12.107565.

654. Nagata JM, Ferguson BJ, Ross DA. Research priorities for eight areas of adolescent health in low- and middle-income countries. J Adolesc Health. 2016;59:50-60. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.016.

655. Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Raj A, Travers E, Sundaram L. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. Reprod Health. 2015;12:80. doi: 10.1186/s12978-015-0060-5.

656. Rudan I, Gibson JL, Ameratunga S, El Arifeen S, Bhutta ZA, Black M et al. Setting priorities in global child health research investments: guidelines for implementation of the CHNRI method. Croat Med J. 2008;49:720-33. doi: 10.3325/cmj.2008.49.720.

657. Santelli J, Haerizadeh S, McGovern T. Inclusion with protection: obtaining informed consent when conducting research with adolescents. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2017 (https://www.unicef-irc.org/publications/877-inclusion-with-protection-obtaining-informed-consent-when-conducting-research-with.html, consultado el 27 de septiembre del 2022).

658. Guthold R, Kann L, Bhatti L, Abduvahobov P, Ansong J, Atkinson et al. Effectiveness of a participatory approach to develop school health interventions in four low resource cities: Study protocol of the “Empowering adolescents to lead change using health data” cluster randomized controlled trial. BMJ Open [en imprenta].

Los adolescentes no son simplemente niños mayores ni adultos jóvenes. Esta observación es clave para entender la salud de los adolescentes en el ámbito de la salud pública global. La primera edición de la *Guía de Acción Global Acelerada para la Salud de los Adolescentes (AA-HA!)*, publicada hace seis años, subrayó la necesidad de una respuesta integral a la salud adolescente, tras décadas de descuido.

La segunda edición de la *Guía AA-HA!* es un esfuerzo colaborativo liderado por la Organización Mundial de la Salud, junto con ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, ONU-Mujeres, el Programa Mundial de Alimentos y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Basándose en la primera edición y en las voces de adolescentes y jóvenes de todo el mundo, esta guía ha evolucionado incorporando lecciones de los últimos seis años, entre ellas los efectos de la pandemia de COVID-19.

Las últimas estimaciones de mortalidad y carga de morbilidad, junto con evidencia actualizada y un enfoque más amplio en el bienestar, convierten a esta segunda edición en un recurso de vanguardia para los responsables de políticas en salud adolescente. AA-HA! 2.0 ofrece una visión del panorama actual de salud y bienestar de los más de 1.200 millones de adolescentes en el mundo, destacando soluciones basadas en evidencia y estrategias para establecer prioridades, planificar, implementar y evaluar programas de salud y bienestar.

La inclusión de estrategias y estudios de casos convierte a esta guía en una herramienta práctica para que los gobiernos diseñen e implementen una nueva generación de programas de salud y bienestar para adolescentes.

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

www.paho.org

9 789275 329139