

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud

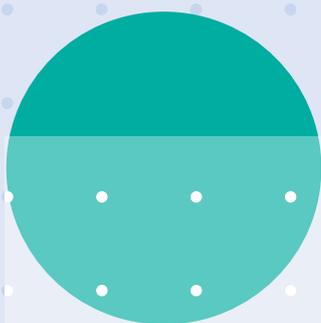
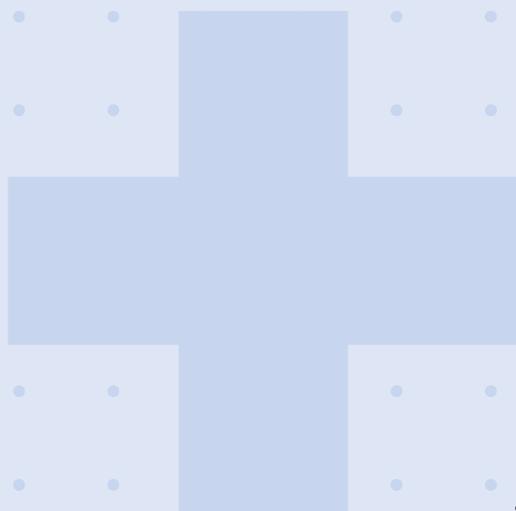


Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

En alianza con



unesco



Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar



Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

Versión oficial en español de la obra original
WHO guideline on school health services
© World Health Organization, 2021
ISBN 978-92-4-002939-2 (electronic version)

Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

ISBN: 978-92-75-32586-5 (pdf)

ISBN: 978-92-75-12586-1 (print)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

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



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 a continuación. 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 la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "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 la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "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: Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325865>.

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

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

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

FPL/HL/2022

Índice

Prólogo	vi
Nota de agradecimiento	viii
Lista de abreviaturas	x
Glosario	xii
Resumen Ejecutivo	xv
1. Introducción	1
1.1 Carga y necesidades sanitarias de los niños y adolescentes	2
1.2 Los SSE en el marco de la sanidad escolar y las EPS	6
1.3 Necesidad de orientaciones sobre los SSE	8
1.4 Público destinatario de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar	9
1.5 Objetivo y ámbito de aplicación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar	9
2. Proceso de elaboración de las Directrices	11
2.1 Estructuras de gobernanza y gestión	12
2.2 Declaraciones de intereses y gestión de los conflictos de intereses	12
2.3 Colaboración con los asociados externos	12
2.4 Gestión de los procesos de grupo y toma de decisiones	13
2.5 Confidencialidad	13
3. Métodos	14
3.1 Preguntas clave	15
3.2 Áreas de salud y tipos de actividades de los SSE	15
3.3 Descripción general del método aplicado para elaborar estas Directrices	16
3.4 Resumen sistemático y revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales	17
3.5 Elaboración del catálogo y del compendio de intervenciones	22

4. Recomendación	26
4.1 Recomendación, justificación y consideraciones para la implementación	27
4.2 Resumen de los datos probatorios	29
4.3 Proceso para pasar de los datos probatorios a la decisión	32
5. Catálogo y compendio de intervenciones	35
5.1 Justificación del catálogo y del compendio de intervenciones	36
5.2 Denominación completa de las intervenciones	41
5.3 Categorización definitiva y fuentes de la OMS de las intervenciones	46
Aplicación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar	47
6.1 Difusión de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar	48
6.2 Adaptación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar al ámbito nacional	49
6.3 Necesidades adicionales de orientación e investigación	59
6.4 Actualización de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar	60
Referencias	61
Anexo	74
Experta en el método GRADE, Grupo de Elaboración de Directrices y Grupo de Revisión Externa: afiliaciones, áreas de especialización y gestión de los conflictos de intereses	

Cuadros, recuadros y figuras

Cuadro ES1.	Catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar clasificadas por área de salud, tipo de actividad de los servicios de salud y categorización por parte del GDG	xxi
Cuadro 1.	Sinopsis de las pautas mundiales y los enunciados de cada una	7
Cuadro 2.	Población, intervención y comparador correspondientes a las revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE	18
Cuadro 3.	Resultados críticos e importantes para la revisión sistemática de la eficacia de los SSE	19
Cuadro 4.	Resultados críticos e importantes para la revisión sistemática de la aceptabilidad de los SSE	20
Cuadro 5.	Cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la decisión referente a la recomendación sobre los SSE: preguntas, dictámenes emitidos por cada subgrupo del GDG y justificaciones	32
Cuadro 6.	Catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar clasificadas por área de salud, tipo de actividad de los servicios de salud y categorización por parte del GDG.	37
Cuadro 7.	Denominación completa de las 87 intervenciones categorizadas como esenciales o adecuadas en el marco de los SSE, en función de la ubicación	41

Cuadro 8.	Número de intervenciones correspondientes a cada fuente de la OMS y a cada categoría atribuida por el GDG como esencial, adecuada o inadecuada en el marco de los SSE, en función de la ubicación	46
Cuadro 9.	Ejemplo simplificado de cómo utilizar las Directrices y su catálogo y compendio de intervenciones para decidir qué intervenciones incluir en un programa nacional de SSE	56
Cuadro A1.1.	Experta en el método GRADE	74
Cuadro A1.2.	Grupo de Elaboración de Directrices	75
Cuadro A1.3.	Grupo de Revisión Externa	77
Recuadro ES.1.	Cómo utilizar estas Directrices	xvii
Recuadro 1.	Aspectos más destacados de las revisiones a nivel mundial de los programas nacionales sobre los SSE	8
Recuadro 2.	Términos clave de estas Directrices	10
Recuadro 3.	Cómo interpretar las fuentes de la OMS de las intervenciones	25
Recuadro 4.	Recomendación, justificación, resumen de los dictámenes para pasar de los datos probatorios a la decisión y consideraciones para la implementación	27
Recuadro 5.	Intervenciones inadecuadas para su inclusión en los SSE	44
Recuadro 6.	Uso de la tecnología digital para facilitar la difusión y la aplicación de las Directrices	48
Recuadro 7.	Recursos para priorizar las intervenciones al realizar la programación nacional de los SSE	52
Recuadro 8.	De qué manera los SSE pueden incrementar la equidad sanitaria	54
Recuadro 9.	Ejemplo hipotético de cómo utilizar el catálogo y el compendio de intervenciones para elaborar los programas nacionales de SSE	55
Recuadro 10.	Selección de recursos de la OMS para obtener orientaciones más detalladas sobre las intervenciones basadas en datos probatorios	58
Figura 1.	Estimaciones de las cinco principales causas de muerte entre los niños y adolescentes en edad escolar en todo el mundo, por sexo y grupo de edad, en 2016	3
Figura 2.	Estimaciones de las cinco principales causas de AVD en todo el mundo entre los niños y adolescentes en edad escolar, por sexo y grupo de edad, en 2016	4
Figura 3.	Cuadro sinóptico de las normas mundiales y las declaraciones normativas	7
Figura 4.	Metodología aplicada para definir la recomendación y el catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar.	16
Figura 5.	Un modelo organizativo para los SSE	50
Figura 6.	Pasos para definir las prioridades de las intervenciones de los SSE a nivel nacional.	53

Prólogo

Las escuelas son esenciales para que los jóvenes adquieran los conocimientos, las habilidades socioemocionales, incluidas la autorregulación y la resiliencia, y la capacidad de pensamiento crítico que proporcionan las bases para poder alcanzar un futuro saludable. Se ha observado que el acceso a la educación y los entornos escolares seguros y favorables guardan relación con la mejora de los resultados de salud. A su vez, la buena salud está relacionada con la reducción de las tasas de abandono escolar y con el incremento del nivel y el rendimiento educativos, de la ocupación laboral y de la productividad.

Desde hace tiempo, la OMS reconoce el vínculo existente entre la salud y la educación, así como el papel central que pueden desempeñar las escuelas para salvaguardar la salud y el bienestar de los alumnos. En 1995, la OMS puso en marcha la Iniciativa Mundial de Salud Escolar, que tenía por objeto reforzar las medidas para promocionar la salud en las escuelas. Una de las medidas importantes en esa materia consiste en vincular a los niños con los servicios de salud.

Hay un gran número de afecciones de salud que se pueden tratar o prevenir mejor si se detectan a tiempo. El entorno de la escuela y los servicios de salud escolar permiten intervenir a tiempo en toda una serie de afecciones, como la ansiedad y la depresión, los trastornos del comportamiento, la diabetes, el sobrepeso, la obesidad y la desnutrición.

Hay muchas razones por las que los servicios de salud escolar ocupan una posición única para contribuir a la salud y el bienestar de los niños en edad de escolarización. En primer lugar, operan donde están la mayoría de los niños y tienen acceso a sus familias. Segundo, son gratuitos en el punto de utilización y permiten superar barreras como los problemas de transporte, la escasez de servicios comunitarios y los inconvenientes derivados de los sistemas de citas o las ubicaciones, de modo que permiten atender mejor a las poblaciones desfavorecidas. Y en tercer lugar, pueden tener un efecto positivo sobre múltiples determinantes de la salud y son muy valorados por los alumnos,

los padres y las comunidades. Sin embargo, a pesar de ofrecer todas estas ventajas, los servicios de salud escolar han sido ignorados durante mucho tiempo y no han recibido la atención que merecen por parte de los investigadores, las instancias normativas y los asociados para el desarrollo.

Estas primeras Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar contribuyen a colmar esta laguna, y expresan la recomendación sin reservas de implementar servicios de salud escolar integrales. Esta recomendación llega en un momento único de la historia, cuando la COVID 19 ha puesto de manifiesto de una forma tan clara el vínculo crucial que existe entre la salud y la educación. Aunque todavía estamos en proceso de conocer del todo los efectos que han provocado los cierres masivos de escuelas sobre la salud, sabemos que han causado ansiedad, depresión y angustia psicológica, incapacidad para acceder a los puntos de atención habituales, alteración de la actividad física y la rutina, aumento del maltrato infantil y exposición a los peligros derivados del entorno digital no regulado. Estos problemas no solo vienen causados por la COVID-19, sino que más bien la pandemia se ha limitado a exacerbar unos problemas ya existentes. Por eso, cobra aún más importancia el hecho de poder contar con unos servicios de salud escolar dotados de los recursos adecuados y bien implementados, que ofrezcan una red de seguridad a los niños.

Espero que estas Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar ayuden a crear un lenguaje común en torno a este tipo de servicios, promuevan la atención basada en la evidencia a través de su catálogo de intervenciones, fortalezcan las profesiones de enfermería escolar y las referentes a la salud escolar en todo el mundo y, en última instancia, sirvan para mejorar la salud de los niños. La evidencia disponible sugiere que los servicios de salud escolar bien implementados ofrecerán beneficios duraderos para los alumnos.

Tedros Adhanom

Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Nota de agradecimiento

Elaboración de las directrices

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

Experta en el método GRADE

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

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

Coordinación

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

Miembros:

Jamela Al-Raiiby, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Wole Ameyan, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual; Valentina Baltag, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Faten Ben-Abdelaziz, Departamento de Promoción de la Salud; Paul Bloem, Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos; Sonja Caffè, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Marie Clem Carlos, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Shelly Chadha, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Venkatraman Chandra-Mouli, Departamento de Salud Sexual y

Reproductiva e Investigaciones Conexas; Katrin Engelhardt, Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos; Kaia Engesveen, Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos; Regina Guthold, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Joanna Herat, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Sympllice Mbola Mbassi, Oficina Regional de la OMS para África; Rajesh Mehta, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Denise Mupfasoni, Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas; Martina Penazzato, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual; Marina Plesons, Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas; Leanne Riley, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Chiara Servili, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias; Stéphanie Shendale, Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos; Marcus Stahlhofer, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento; Howard Sobel, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Martin Weber, Oficina Regional de la OMS para Europa; y Juana Willumsen, Departamento de Promoción de la Salud.

Revisión y síntesis de los datos probatorios

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

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



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

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

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

Mary Plummer, Kid Kohl y David Ross.

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

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

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

Mary Plummer, Kid Kohl y Valentina Baltag.

Grupo de Elaboración de Directrices

Rima Afifi, Universidad de Iowa (Estados Unidos); Habib Benzian, Universidad de Nueva York (Estados Unidos); Harriet Birungi, Consejo de Población (Kenya); Rashida Ferrand, Instituto de Investigación

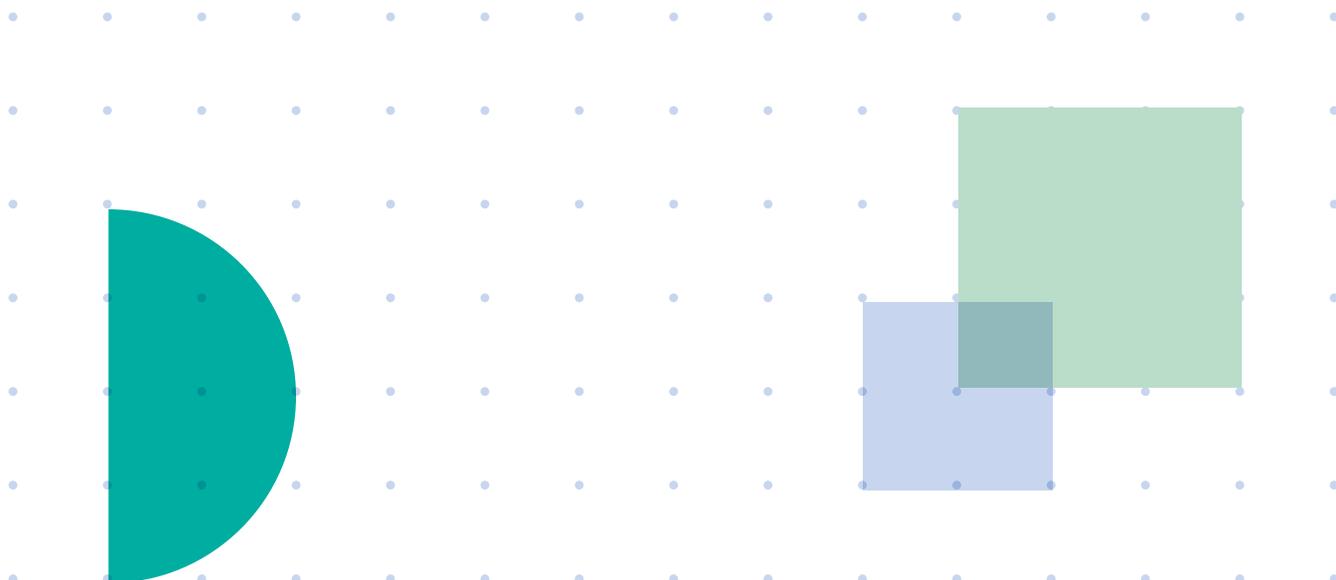
y Formación Biomédicas (Zimbabwe); Jorge Gaete, Universidad de los Andes (Chile); Najat Gharbi, Ministerio de Salud (Marruecos); Murthy Gudlavalleti Venkata Satyanarayana, Instituto de Salud Pública de la India (India); Henrica J. M. Fransen, Universidad de Túnez El Manar (Tunéz); Julia Levinson, Universidad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

Grupo de Revisión Externa

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

Apoyo económico

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



Lista de abreviaciones

AA-HA!	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes
AVD	años vividos con discapacidad
CSU	cobertura sanitaria universal
EPS	escuelas promotoras de la salud
FRESH	Focalización de Recursos para una Efectiva Salud Escolar
GDG	Grupo de Elaboración de Directrices
GRC	Comité de Examen de Directrices
GRADE	clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones
GRADE-CERQual	confianza en los datos probatorios obtenidos de las revisiones de investigaciones cualitativas GRADE
HEADSSS	hogar, educación, empleo, alimentación, actividad, drogas, sexualidad, seguridad, pensamientos suicidas y estado de depresión
IC	intervalo de confianza
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
PA	procedimiento o actividad

PRISMA	ítems de referencia para publicar revisiones sistemáticas y metaanálisis
ROBINS-I	riesgo de sesgo en los estudios de intervenciones no aleatorizados
RP	razón de posibilidades
SSE	servicios de salud escolar
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



Glosario

Alfabetización sanitaria: concepto que hace referencia al conocimiento y las competencias personales que se acumulan mediante las actividades diarias, las interacciones sociales y entre generaciones. El conocimiento y las competencias personales están mediados por las estructuras organizativas y los recursos que permiten a las personas acceder, comprender, valorar y utilizar la información y los servicios a fin de promover y mantener una buena salud y el bienestar, tanto para sí mismas como para la gente de su entorno.

Apoyo: prestación de atención de respaldo siguiendo las orientaciones ofrecidas por otro servicio de salud, como el médico personal o el especialista del alumno. Por ejemplo, con arreglo a esta función, el trabajador sanitario de la escuela no asumiría la responsabilidad principal del tratamiento de un caso, pero sí podría administrar o supervisar la toma de los medicamentos, cambiar los vendajes de las heridas o proporcionar asesoramiento de respaldo.

Cobertura sanitaria universal (CSU): implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (6).

Comité de Examen de Directrices (GRC): es un comité formado por personal de la OMS de los ámbitos mundial y regional, y por expertos externos, que examina las propuestas de directrices y los borradores de directrices de la OMS para garantizar que cumplen los requisitos de calidad, que se han elaborado mediante procesos transparentes y explícitos, y que, en la medida de lo posible, sus recomendaciones se basan en datos probatorios (2).

Cribado: son las pruebas médicas orientadas a detectar enfermedades y afecciones antes de que presenten signos o síntomas, y van seguidas de atención o derivación, según corresponda. A menudo se refiere a las actividades de cribado universal o a la consulta sistemática, es decir, al hecho de preguntar a todos los pacientes en todas sus citas de atención sanitaria.

Desarrollo positivo: transiciones y crecimiento saludables durante la infancia y la adolescencia, lo que incluye un desarrollo saludable en los ámbitos físico, sexual, cognitivo y psicosocial (4).

Educación para la salud: son oportunidades de aprendizaje generadas de forma deliberada que incluyen actividades de comunicación diseñadas para mejorar la alfabetización sanitaria. Por ejemplo, la educación para la salud se puede llevar a cabo siguiendo un plan de estudios en un entorno de clase formal, o mediante actividades dirigidas a grupos de niños realizadas en un dispensario. Véase también «alfabetización sanitaria».

Escuela promotora de la salud (EPS): es aquella escuela que, de manera constante, mejora sus capacidades como un entorno saludable para vivir, aprender y trabajar. El marco de las escuelas promotoras de la salud de la OMS consiste en un enfoque holístico y amplio para promocionar la salud en las escuelas de forma integral, que aprovecha el potencial organizativo de estos centros para promover las condiciones físicas, sociales y psicológicas que favorecen la salud. Dentro del marco de un sistema educativo promotor de la salud, una EPS se define a través de ocho estándares globales: 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 (3). Es importante destacar que el personal que cumple con algunos de estos estándares puede solaparse; por ejemplo, un profesor puede recibir la ayuda de un trabajador sanitario para impartir un plan de estudios sobre educación para la salud.

Fuente de la OMS: en las presentes Directrices, el concepto de «fuente de la OMS» indica si existen publicaciones mundiales de esta Organización que brinden respaldo a una intervención, procedimiento o actividad referente a un servicio de salud orientado al grupo de población de entre 5 y 19 años de edad, e informa sobre ciertos rasgos de esas publicaciones. Este respaldo o aprobación puede tener un carácter general, sin referirse de forma concreta a los SSE.

La fuente de la OMS de una intervención puede ser de los siguientes tipos:

Pleno respaldo del GRC:

Significa que todos los aspectos de la intervención están respaldados por unas directrices aprobadas por el GRC.

Respaldo parcial del GRC:

Significa que algunos aspectos de la intervención, pero no todos ellos, están respaldados por unas directrices aprobadas por el GRC. (Además, puede suceder que algunos o todos los aspectos de la intervención cuenten con «otro respaldo de la OMS».)

Otro respaldo de la OMS:

Significa que algunos aspectos de la intervención, o todos ellos, están respaldados por otras publicaciones mundiales de la OMS (no aprobadas por el GRC).

Sin respaldo de la OMS:

Significa que en las publicaciones mundiales de la OMS no se ha hallado ningún procedimiento ni actividad que le brinde respaldo; o que en alguna recomendación aprobada por el GRC se indica de forma específica que esa intervención no se debe llevar a cabo.

GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones): consiste en un marco transparente para elaborar y presentar resúmenes de datos probatorios; GRADE ofrece un método sistemático para realizar recomendaciones sobre prácticas clínicas (1).

Grupo de Elaboración de Directrices (GDG): es un grupo de expertos no pertenecientes a la OMS cuya principal función consiste en elaborar recomendaciones basadas en datos probatorios para su inclusión en las directrices de la OMS (2).

Intervención: es una combinación de elementos o estrategias de los programas de los servicios de salud que han sido concebidos para evaluar, mejorar, mantener, promover o modificar la salud, el funcionamiento o la situación sanitaria.

Categorización por parte del GDG de las intervenciones de los SSE:

Esencial en cualquier lugar La intervención debería incluirse en los SSE en cualquier lugar.

Adecuada en cualquier lugar La intervención es apropiada, pero no esencial, para los SSE en cualquier lugar.

Esencial/adecuada en determinadas zonas La intervención solo es esencial y/o apropiada para los SSE en determinadas zonas geográficas.

INADECUADA La intervención no es adecuada para los SSE (pero puede serlo para otros tipos de servicios de salud).

Intervención preventiva: es una intervención sanitaria orientada a prevenir enfermedades, dolencias o traumatismos. Las intervenciones preventivas pueden incluir cribados, reconocimientos periódicos y orientación sobre salud destinados a prevenir problemas sanitarios.

Orientación sobre salud: comunicación cara a cara de carácter personal orientada a promover el bienestar y prevenir los problemas de salud. A través de un proceso interactivo, el trabajador sanitario ayuda a los pacientes a tomar decisiones sobre su salud y acerca de sus comportamientos, y a actuar en consecuencia.

Orientación sobre salud mental: son intervenciones psicológicas basadas en datos probatorios, como la terapia cognitivo-conductual, los enfoques basados en la resolución de problemas o las entrevistas motivacionales. Véase también «orientación sobre salud».

Procedimiento o actividad (PA): línea de actuación específica realizada en el marco de una intervención más amplia de los servicios de salud. Véase también «intervención».

Promoción de la salud: es el proceso mediante el cual los individuos pueden incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Va más allá del comportamiento individual, ya que abarca una amplia variedad de intervenciones sociales y medioambientales. La promoción de la salud se puede llevar a cabo de manera formal o informal, en grupo o individualmente, y en un entorno clínico o a una escala más amplia (lo que incluye la movilización social y las actividades de fomento).

Resultados críticos: son los resultados que tienen una importancia crítica para formular las recomendaciones al llevar a cabo el proceso GRADE (1,2). Véase también «resultados importantes».

Resultados importantes: son resultados que deben tenerse en cuenta al llevar a cabo el proceso GRADE, pero que no son críticos para tomar las decisiones y para formular las recomendaciones (1,2). Véase también «resultados críticos».

Servicios de salud escolar (SSE): son servicios prestados por un trabajador sanitario a alumnos de primaria o secundaria, ya sea en el centro escolar o en un establecimiento de salud ubicado fuera de dicho centro. Este establecimiento debe haber firmado un acuerdo oficial con la escuela para brindar servicios de salud a sus alumnos.

Servicios de salud escolar

Cobertura

Es la proporción de una población estudiantil que necesita recibir SSE y los obtiene de manera oportuna y con el nivel de calidad necesario para lograr los efectos deseados y los beneficios posibles para la salud (5).

Equidad

Es la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables dentro de una población estudiantil. La equidad implica que todos los alumnos tengan las mismas oportunidades para utilizar los SSE y que ninguno esté en desventaja para hacerlo. En términos más generales, los SSE tienen la capacidad de mejorar la equidad sanitaria al permitir que los alumnos desfavorecidos reciban una atención de salud que de otro modo no podrían recibir (6).

Calidad

Es el grado en que los SSE incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en términos de salud de los alumnos y se ajustan a los conocimientos profesionales actuales (7).

Servicios de salud escolar vinculados a la escuela: son los SSE prestados fuera de las instalaciones de la escuela por parte de establecimientos y/o proveedores que han firmado un acuerdo oficial con la administración del centro educativo para ofrecer dichos servicios a sus alumnos/estudiantes.

Servicios de salud escolar integrales: según la definición operativa que se usa en estas Directrices, los «SSE integrales» son aquellos SSE que abordan al menos cuatro áreas de salud pertinentes para la población estudiantil (si bien, en condiciones ideales las aborrarían todas), entre ellas: salud y desarrollo positivos; traumatismos no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física; y salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas (estas áreas de salud se muestran en la sección 3.2 y capítulo 5).

Trabajador sanitario: es toda persona que tiene como principal función prestar servicios de promoción, prevención, atención y/o tratamiento en materia de salud: por ejemplo, son trabajadores sanitarios los enfermeros y los psicólogos clínicos, pero no los profesores.



Resumen Ejecutivo

Recomendación

Deberían implementarse servicios de salud escolar integrales.

Intensidad de la recomendación: sin reservas

Certidumbre de los datos probatorios: moderada

Justificación: esta recomendación se formula sin reservas porque:

- todos los datos probatorios apuntan sistemáticamente en una dirección beneficiosa, incluidos los relativos a la aceptabilidad y la equidad;
- los datos probatorios sugieren que los SSE bien implementados aportarán beneficios duraderos a los alumnos;
- el grado de certidumbre general de los datos probatorios de las revisiones sistemáticas es moderado;
- aunque en los países de ingreso mediano bajo no se disponía de estudios que ofrecieran datos probatorios de certidumbre alta, los estudios observacionales que se llevaron a cabo en dichos países también pusieron de manifiesto la existencia de beneficios, y no detectaron daños significativos; y
- las escuelas ofrecen una oportunidad de amplio alcance y relativamente sencilla que es obligatorio aprovechar para hacer llegar a los niños y adolescentes los servicios integrales de salud que necesitan.

Consideraciones para la implementación

- Esta recomendación hace referencia a los SSE integrales dotados de los recursos adecuados y bien implementados.
- La implementación de los SSE se debe ajustar a los criterios de calidad, fidelidad y durabilidad a largo plazo. Las consecuencias referentes a los recursos se deben identificar, examinar y atender de forma adecuada.
- En la práctica, la forma de implementar los servicios variará de uno a otro caso. En algunos entornos, puede ser difícil, e incluso aún inviable, poner en práctica unos SSE integrales similares a los que, según las revisiones sistemáticas realizadas, se evaluaron en los estudios controlados llevados a cabo en países de ingresos altos. Es posible que para lograrlo se necesiten importantes aportaciones en términos de recursos, tiempo y liderazgo. No obstante, es posible que en muchos países de ingreso mediano bajo ya se puedan implementar algunos elementos de los SSE integrales, aunque aún no sea posible implementarlos todos.
- Es fundamental proteger la confidencialidad de los alumnos, y, por otro lado, los trabajadores sanitarios escolares también están obligados a evitar posibles discriminaciones o estigmatizaciones contra dichos alumnos.

Esta recomendación se basa en datos probatorios y en un proceso de adopción de decisiones que se describen a continuación, y que se exponen de forma más detallada en el texto principal de las Directrices, así como en su apéndice y en sus anexos A- H.

Antecedentes

Los servicios de salud escolar (SSE), tal como se definen en las presentes Directrices, son servicios prestados por un trabajador sanitario a alumnos de primaria o secundaria, ya sea en el centro escolar o en un establecimiento de salud ubicado fuera de dicho centro. La mayoría de países cuentan con algún tipo de SSE, aunque, actualmente en muchos casos, esos servicios no están basados en evidencia, no se ejecutan de forma adecuada, padecen deficiencias de financiación y/o tienen un alcance y un ámbito de aplicación limitados (8). En todas las regiones de la OMS, los niños y adolescentes en edad escolar (de 5 a 19 años) sufren una serie de problemas de salud que son prevenibles en gran medida, como traumatismos no intencionales, violencia interpersonal, problemas de salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles y no transmisibles, y problemas de salud mental. Además, los niños y adolescentes en edad escolar van experimentando una serie de necesidades de salud y desarrollo positivos de naturaleza física, sexual, psicosocial y neurocognitiva a medida que pasan de la infancia a la edad adulta. Si bien los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años tienen una gran necesidad de recibir una atención sanitaria de calidad, a nivel mundial los servicios de salud destinados a ellos se caracterizan por su calidad variable y por su cobertura limitada. Las escuelas ofrecen una oportunidad única para implementar servicios de salud eficaces a gran escala destinados a los niños y adolescentes.

Las escuelas promotoras de la salud (EPS) son aquellas que promueven la salud con base en seis pilares: las políticas escolares, el entorno físico (incluidos los programas de alimentación y de comidas escolares), el entorno social, el plan de estudios sobre salud, la implicación de la comunidad y los servicios de salud. En 1995, la OMS lanzó la Iniciativa Mundial de Salud Escolar, que tiene como objetivo mejorar la salud de los niños, los adolescentes y la comunidad a través de las EPS. Aunque la eficacia de las EPS para mejorar diversos aspectos de la salud de los alumnos ha quedado demostrada (9), se ha observado que en muchos países es difícil crearlas dotándolas de unos niveles elevados de cobertura, calidad y sostenibilidad. Es importante señalar que, si bien la colaboración entre los sectores de la educación y la salud (y entre otros sectores y partes interesadas) es un objetivo generalizado y deseable para materializar cualquiera de los pilares de las EPS, esta colaboración y este

trabajo intersectorial son indispensables para implementar los SSE, que requieren disponer de conocimientos médicos y realizar actividades de colaboración en todos los niveles del sistema. Recientemente, la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y otros asociados de la ONU pusieron en marcha una iniciativa para lograr que todas las escuelas sean promotoras de la salud (denominada en inglés «Making Every School a Health Promoting School»), con el objetivo de reforzar la capacidad del sector educativo para integrar las cuestiones relativas a la salud y el bienestar, y para promover la salud mediante un enfoque integral (10). En el marco de esta iniciativa se han establecido pautas mundiales para las EPS y sistemas, incluida una norma que establece un requisito referente al acceso a los servicios de salud integrales prestados en las escuelas o vinculados a ellas, que aborda las necesidades de atención de salud de los alumnos en los planos físico, emocional, psicosocial y educativo (3).

Las presentes Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar pretenden ser una guía detallada para los gobiernos nacionales y otras partes interesadas acerca de la eficacia, la aceptabilidad y el contenido de los SSE integrales que requieren la participación de algún trabajador sanitario. La elaboración de estas Directrices se ha fundamentado en tres preguntas clave para la investigación.

1. ¿Son los SSE integrales un instrumento eficaz para mejorar los resultados de salud o para incrementar la cobertura de los servicios sanitarios destinados a los niños y adolescentes en edad escolar? Este concepto de eficacia también abarca la determinada mediante estudios económicos (con respecto al ahorro de costos y a las relaciones costo-beneficio y/o costo-eficacia).
2. ¿Gozan de aceptabilidad los SSE integrales entre las partes interesadas, tales como los niños y adolescentes en edad escolar, los padres y cuidadores, los profesores y las instancias normativas?
3. ¿Cuál debería ser el contenido de los SSE integrales en los diversos contextos?

El público destinatario principal de estas Directrices sobre los servicios de salud escolar son las instancias normativas y los gestores de programas del ámbito gubernamental, así como las partes interesadas privadas (con o sin ánimo de lucro), de los sectores sanitario y educativo que se encargan de velar por

la salud y el bienestar de los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años que asisten a la escuela o a establecimientos educativos similares. El recuadro ES.1 ofrece un resumen del contenido de estas Directrices y explica brevemente cómo usarlas.

Recuadro ES.1. Cómo utilizar estas Directrices

Estas Directrices pueden servir a las partes interesadas gubernamentales nacionales, y a otros actores, para elaborar y mejorar las políticas y los programas sobre los SSE.

PRIMERO: considerar la recomendación formulada en las Directrices de implementar servicios de salud escolar integrales, y analizar los datos probatorios que fundamentan esa recomendación

Mediante el uso de estas Directrices, las partes interesadas nacionales pueden analizar los datos probatorios rigurosos que avalan que los SSE integrales pueden ser eficaces y gozar de aceptación (Sección 4 y anexos D a F). Estos datos son el fundamento de la recomendación que figura en estas Directrices, citada previamente. Las partes interesadas gubernamentales nacionales pueden utilizar esta recomendación basada en datos probatorios para respaldar sus esfuerzos desinados a desarrollar y poner en práctica unos SSE integrales en sus respectivos países.

SEGUNDO: utilizar el catálogo de intervenciones y la base de datos probatorios de su compendio de apoyo como orientación para seleccionar las intervenciones a realizar en el marco de los SSE

Las partes interesadas nacionales pueden utilizar estas Directrices para revisar la base de datos probatorios a fin de determinar las intervenciones

que podrían incluir en sus políticas y programas nacionales de SSE. En concreto, esas partes interesadas pueden estudiar el catálogo de intervenciones (ver el cuadro, sección 5 y anexo H) y la base de datos probatorios de su compendio de apoyo que figura en el apéndice cuando evalúen qué intervenciones deberían formar parte de sus iniciativas referentes a los SSE nacionales. Este catálogo ofrece una panorámica general sobre 87 intervenciones organizadas por área de salud, por tipo de actividad sanitaria, por fuente de la OMS y según su categorización como esenciales o adecuadas en el marco de los SSE, en función de la ubicación. El compendio detalla la base de datos probatorios publicados por la OMS que sustenta a cada una de las 87 intervenciones. Para obtener más información, se pueden consultar las fuentes allí citadas.

TERCERO: priorizar e implementar las intervenciones en el marco de la política y los programas nacionales sobre SSE

Las partes interesadas nacionales pueden utilizar estas Directrices a la hora de evaluar cómo integrar los SSE en las estrategias sanitarias nacionales más amplias, qué tipo de modelo organizativo de SSE conviene implementar y cómo priorizar y seleccionar las intervenciones a realizar en el marco de tales servicios (sección 6).

Métodos

Estas Directrices se elaboraron de acuerdo con los procedimientos normalizados de la OMS (2). La formulación de la recomendación y la elaboración del catálogo de intervenciones fueron dirigidas por un Grupo de Elaboración de Directrices (GDG) externo e independiente, integrado por representantes de diferentes sectores, diversificado geográficamente y equilibrado en cuanto al género, que contó con el apoyo de un Grupo Directivo interno de la OMS y la UNESCO (Anexo).

Dado que los SSE se componen de varias posibles combinaciones de servicios, y que estas Directrices son uno de los primeros documentos de orientación de alcance mundial que abordan los SSE, en ellas solo se ofrece una recomendación general, referida a la pregunta clave 1 y 2. Además, en respuesta a la pregunta clave 3, estas Directrices proporcionan información práctica sobre un gran número de intervenciones concretas cuya aplicación dentro de los SSE integrales cabe considerar. Es importante destacar que estas intervenciones no han sido evaluadas mediante el proceso normalizado que se usa para decidir sobre la inclusión de recomendaciones en las directrices de la OMS. Por contra, tales intervenciones se evaluaron a través de un proceso innovador que incluyó una revisión de los documentos mundiales de orientación de la OMS, una encuesta a expertos sobre las prioridades de intervención y la categorización de las intervenciones por parte del GDG. A continuación se describen brevemente estas distintas metodologías. Para cada intervención se ofrece información de referencia y datos probatorios de utilidad, pero no se trata de recomendaciones formales de las Directrices.

Para evaluar la eficacia y la aceptabilidad de los SSE (preguntas clave 1 y 2): se llevaron a cabo una serie de ejercicios de investigación complementarios entre sí, que se describen a continuación.

1. **Un resumen sistemático de revisiones sistemáticas de la eficacia de los SSE integrales (anexo C).**
2. **Revisiones sistemáticas de (1) la eficacia y (2) la aceptabilidad de los SSE integrales (anexo D).** En estas revisiones sistemáticas se hizo un cribado de los títulos y resúmenes de 8966 registros para determinar su posible admisibilidad, y

posteriormente se evaluó la admisibilidad de 443 artículos completos. En total, se consideraron admisibles 18 estudios controlados de gran calidad, y se incluyeron en la revisión. Dado que todos esos estudios eran sobre países de ingresos altos, se añadieron a la revisión 19 estudios observacionales sobre países de ingreso mediano bajo.

3. **Elaboración de síntesis de los datos probatorios aplicando el proceso de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) (anexo F),** lo que incluyó la elaboración de perfiles y de resúmenes de los datos probatorios.
4. **Formulación de la recomendación por parte del GDG mediante la aplicación de un proceso GRADE/OMS para tomar decisiones a partir de datos probatorios (anexo F) a fin de evaluar la certeza de esos datos y la solidez de la recomendación (2).**

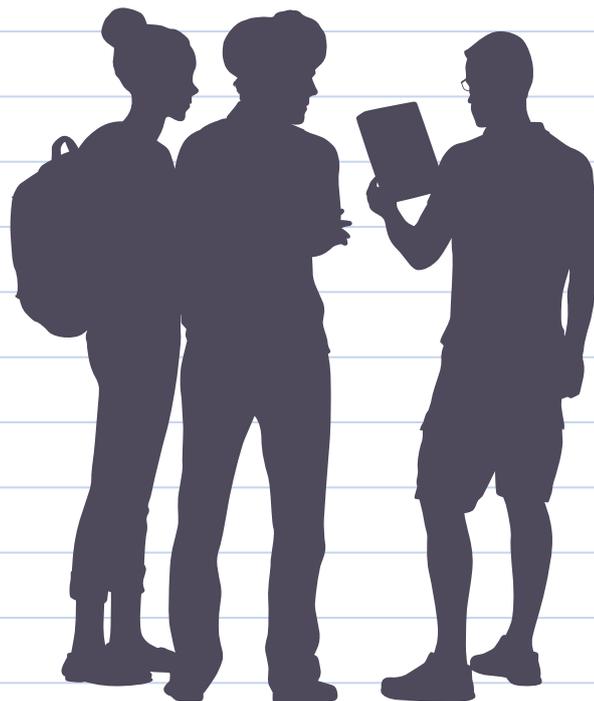
Para evaluar el contenido de los SSE (pregunta clave 3): se desarrolló una metodología innovadora a fin de examinar los posibles contenidos y valorar la importancia relativa de las intervenciones que forman parte de los SSE integrales. Este proceso incluyó una serie de ejercicios complementarios entre sí, que se describen a continuación.

1. **Revisión de documentos mundiales de orientación de la OMS:** revisión de 149 publicaciones de la OMS en la que se identificaron 531 procedimientos o actividades sobre servicios de salud destinados a niños y adolescentes de entre 5 y 19 años.
2. **Clasificación preliminar de las intervenciones a través de una encuesta a expertos (anexo 7):** los procedimientos y actividades se agruparon en un listado inicial de 86 intervenciones. A través de una encuesta realizada a 442 expertos en salud escolar, de 81 nacionalidades distintas, se clasificaron estas intervenciones sobre la base de su posible inclusión en los SSE en función de su grado relativo de adecuación. Los expertos que respondieron a la encuesta también pudieron sugerir otras intervenciones adicionales.

3. **Clasificación definitiva de las intervenciones por parte del GDG:** a partir de las conclusiones obtenidas de la encuesta a expertos (incluidas sus sugerencias de intervenciones adicionales), y tras los nuevos ejercicios de revisión y priorización realizados por el GDG, este Grupo seleccionó y clasificó un total de 87 intervenciones que fueron calificadas como esenciales o adecuadas para su inclusión en los SSE, bien en cualquier lugar o solo en determinadas zonas geográficas.
4. **Elaboración de un catálogo y un compendio de intervenciones:** las 87 intervenciones se recopilaron en un catálogo esquemático estructurado por área de salud, tipo de actividad sanitaria y clasificación definitiva por parte del GDG (cuadro 6). En el anexo H se ofrece una versión ampliada de este catálogo, y se indica la fuente de la OMS relativa a cada intervención. La «fuente de la OMS» se basa en la revisión de los documentos de orientación de la Organización, y

hace referencia a si una intervención cuenta con: el pleno respaldo de una o más publicaciones aprobadas por el Comité de Examen de Directrices (GRC); el respaldo parcial de una o más publicaciones aprobadas por el GRC; o el respaldo de una o más publicaciones mundiales de la OMS distintas a las anteriores. En un compendio que figura en el Anexo A se ofrecen extractos pertinentes de las publicaciones de la OMS referentes a cada una de las 87 intervenciones, y se muestra la información de referencia correspondiente.

La principal fuente de datos probatorios para las revisiones sistemáticas fueron 18 estudios controlados realizados en países de ingresos altos. La aplicabilidad de estas fuentes a los países de ingreso mediano bajo será limitada, por lo que se incluyeron otros 19 estudios observacionales de dichos países (11 cuantitativos y 8 cualitativos). Estos 37 estudios proporcionaron los datos probatorios para formular la siguiente recomendación.



Resultados: recomendación

En las escuelas deberían implementarse servicios de salud escolar integrales.

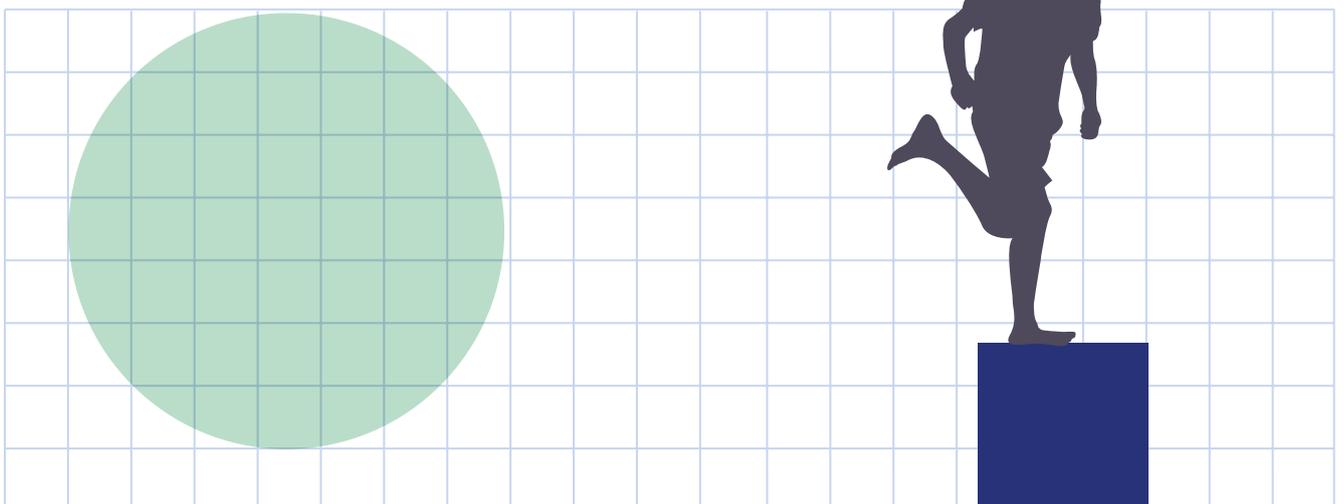
Es una **recomendación sin reservas**, basada en unos **datos probatorios de certidumbre moderada**.

La definición operativa de «SSE integrales» que se usa en estas Directrices es la de aquellos SSE que abordan al menos cuatro áreas de salud pertinentes para la población estudiantil (si bien, en condiciones ideales las abordarían todas): salud y desarrollo positivos; traumatismos no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física; y salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas.

Al elaborar esta recomendación, el GDG destacó que la realización de estudios de mayor calidad, como los ensayos controlados aleatorizados o los estudios controlados no aleatorizados sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE, debería ser una prioridad de investigación en el futuro en los países de ingreso mediano bajo.

Resultados: catálogo de intervenciones

En el cuadro ES.1 se muestra el catálogo de las intervenciones que el GDG consideró esenciales o adecuadas para su inclusión en los SSE, organizadas por área de salud, tipo de actividad sanitaria y categorización específica establecida por el propio GDG. En el anexo H se ofrece una versión ampliada de este catálogo y se indica la fuente de la OMS de cada intervención. El Cuadro 6 y el anexo H ofrecen una descripción simplificada. Es importante señalar que muchas intervenciones podrían haberse colocado en varias celdas del catálogo, pero en aras de la simplicidad y la claridad, solo se ha seleccionado una celda para cada una de ellas. Además, en este catálogo se han utilizado nombres resumidos de las intervenciones; el título exacto completo de cada intervención se indica en el capítulo 5. Este catálogo esquemático está vinculado a un compendio que figura en el Anexo A, donde se detalla la base de datos probatorios mundiales de la OMS publicados y los procedimientos o actividades específicos de cada una de las 87 intervenciones.



Cuadro ES1. Catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar clasificadas por área de salud, tipo de actividad de los servicios de salud y categorización por parte del GDG

Categorización de las intervenciones por parte del GDG como esenciales o adecuadas en el marco de los SSE, según la ubicación	Definición
Denominación de la categoría	Definición
Esencial en cualquier lugar	La intervención debería incluirse en los SSE en cualquier lugar
Adecuada en cualquier lugar	La intervención es apropiada, pero no esencial, para los SSE en cualquier lugar
<i>Esenciales o adecuadas en determinados contextos geográficos</i>	La intervención solo es esencial y/o apropiada para los SSE en determinadas zonas geográficas

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y/o prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
a. General/transversal	<p>I-01. Promoción de la solicitud de atención [Respaldo parcial del GRC]</p> <p>I-02. Promoción de la alfabetización sanitaria [Otro respaldo de la OMS]</p>	<p>I-16. Apoyo a un plan de estudios que promueva la salud [Pleno respaldo del GRC]</p>	<p>I-27. Garantizar el cumplimiento de los requisitos para ingresar en la escuela [Otro respaldo de la OMS]</p> <p>I-28. Realización de reconocimientos de salud periódicos preventivos [la OMS]</p>	-	<p>I-56. Prestación de primeros auxilios [Pleno respaldo del GRC]</p> <p>I-57. Administración de medicamentos [Respaldo parcial del GRC]</p> <p>I-58. Derivación y apoyo para el tratamiento del dolor [Pleno respaldo del GRC]</p> <p>I-59. Derivación y apoyo para el tratamiento de síntomas no específicos [Respaldo parcial del GRC]</p>	<p>I-25. Uso de los datos poblacionales para planificar las medidas sobre salud escolar [Otro respaldo de la OMS]</p> <p>I-26. Uso de datos sobre los servicios de salud escolar con fines de monitoreo y mejora [Otro respaldo de la OMS]</p> <p>I-60. Implementación de un plan de gestión de riesgos [Otro respaldo de la OMS]</p>	<p>I-17. Respaldo a las políticas de promoción de la salud [Respaldo parcial del GRC]</p> <p>I-18. Respaldo a otros aspectos de las escuelas promotoras de la salud [Respaldo parcial del GRC]</p> <p>I-19. Respaldo a las políticas de prevención de enfermedades/traumatismos [Respaldo parcial del GRC]</p> <p>I-23. Formación del personal escolar [Otro respaldo de la OMS]</p> <p>I-24. Inspección del entorno de la escuela [Otro respaldo de la OMS]</p> <p>I-77. Derivación y apoyo para cuidadores de niños [Sin fuente conocida de la OMS]</p>

Cuadro ES.1. cont.

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y/o prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
b. Salud y desarrollo positivos	I-07. Promoción del uso adecuado de los dispositivos electrónicos [Respaldo parcial del GRC] I-08. Promoción de hábitos de sueño adecuados [Respaldo parcial del GRC] I-10. Promoción de las habilidades para la crianza de los hijos [Otro respaldo de la OMS]	-	-	-	I-30. Identificación de discapacidades del desarrollo [Otro respaldo de la OMS] I-44. Orientación para el desarrollo [Respaldo parcial del GRC] I-43. Intervención psicosocial para mejorar el bienestar [Pleno respaldo del GRC] I-45. Respaldo para los cuidadores sobre el desarrollo de los niños [Respaldo parcial del GRC]	-	-
c. Traumatismos no intencionales	-	I-48. Prestación de educación orientada a prevenir traumatismos no intencionales [Respaldo parcial del GRC]	-	-	I-70. Derivación y apoyo para el tratamiento de traumatismos [Pleno respaldo del GRC] I-71. Derivación y apoyo para el tratamiento de quemaduras [Otro respaldo de la OMS] I-72. Derivación y apoyo para el tratamiento de ahogamientos [Respaldo parcial del GRC]	-	-
d. Violencia	-	I-49. Prestación de educación orientada a prevenir la violencia [Respaldo parcial del GRC]	-	-	I-50. Orientación para prevenir la violencia [Respaldo parcial del GRC] I-73. Derivación y apoyo para las víctimas de violencia [Pleno respaldo del GRC]	-	-
e. Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH	I-09. Promoción de la gestión de la higiene menstrual [Otro respaldo de la OMS]	I-15. Prestación de educación para la salud sexual y reproductiva [Pleno respaldo del GRC]	-	-	I-51. Orientación en materia anticonceptiva [Pleno respaldo del GRC] I-52. Orientación para prevenir las infecciones de transmisión sexual [Respaldo parcial del GRC] I-54. Derivación y apoyo para la profilaxis relativa al VIH [Respaldo parcial del GRC] I-55. Derivación y apoyo a los servicios de prueba de detección del VIH [Pleno respaldo del GRC] I-74. Derivación y apoyo al embarazo [Pleno respaldo del GRC]	-	-

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y/o prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
e. Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH. cont.					I-75. Derivación y apoyo frente a las infecciones de transmisión sexual [Pleno respaldo del GRC] I-53. Derivación y apoyo para realizar la circuncisión médica masculina voluntaria [Pleno respaldo del GRC]		
f. Enfermedades transmisibles	I-03. Promoción de la higiene personal [Otro respaldo de la OMS] I-12. Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida [Otro respaldo de la OMS]	-	I-36. Detección: enfermedades infecciosas [Otro respaldo de la OMS]	I-38. Vacunación de todos los niños [Pleno respaldo del GRC] I-40. Vacunación de los niños pertenecientes a las poblaciones de alto riesgo [Pleno respaldo del GRC] I-39. Vacunación de niños residentes en determinadas regiones [Pleno respaldo del GRC] I-41. Administración masiva de medicamentos [Pleno respaldo del GRC]	I-61. Derivación y apoyo para el tratamiento de infecciones comunes [Respaldo parcial del GRC] I-62. Derivación y apoyo para el tratamiento de las infecciones menos comunes [Respaldo parcial del GRC] I-64. Derivación y apoyo para la atención de niños infectados por el VIH [Pleno respaldo del GRC]	I-63. Gestión de brotes de enfermedades infecciosas [Respaldo parcial del GRC]	-
g. Enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física	I-04. Promoción de la atención de salud bucodental [Otro respaldo de la OMS] I-05. Promoción de la reducción del consumo de azúcar [Pleno respaldo del GRC] I-06. Promoción del aumento de la actividad física [Pleno respaldo del GRC] I-11. Promoción de la exposición adecuada al sol [Otro respaldo de la OMS]	I-13. Prestación de educación nutricional [Pleno respaldo del GRC] I-14. Prestación de educación sobre actividad física [Pleno respaldo del GRC]	I-31. Detección: problemas de visión [Otro respaldo de la OMS] I-32. Detección: problemas audiológicos [Otro respaldo de la OMS] I-33. Detección: problemas de salud bucodental [Otro respaldo de la OMS] I-34. Detección: problemas de nutrición [Otro respaldo de la OMS] I-35. Detección: diabetes [Otro respaldo de la OMS]	I-42. Administración de suplementos de micronutrientes [Pleno respaldo del GRC]	I-65. Derivación y apoyo para el tratamiento de la anemia [Respaldo parcial del GRC] I-66. Derivación y apoyo para hacer frente al sobrepeso [Pleno respaldo del GRC] I-67. Derivación y apoyo para el tratamiento del asma [Pleno respaldo del GRC] I-68. Derivación y apoyo para el tratamiento de afecciones crónicas distintas del VIH, la anemia y el asma [Respaldo parcial del GRC] I-69. Derivación y apoyo para las personas con discapacidades [Respaldo parcial del GRC] I-46. Orientación sobre nutrición y actividad física [Respaldo parcial del GRC]	-	I-21. Respaldo a las políticas sobre anafaxia [Respaldo parcial del GRC]

Cuadro ES.1. cont.

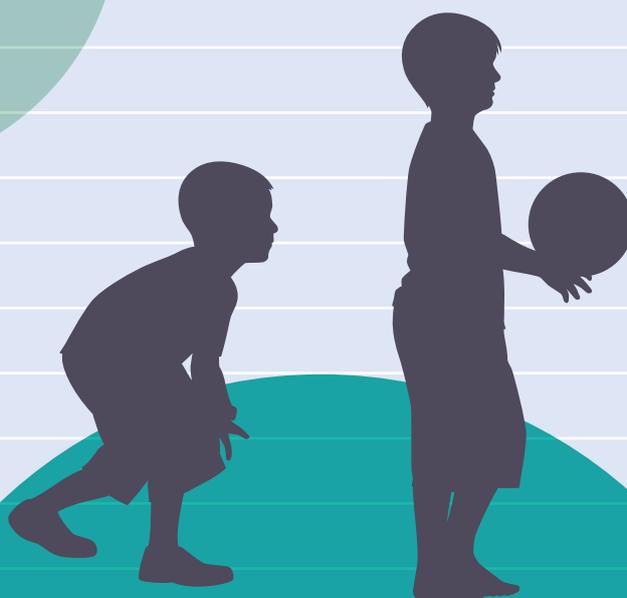
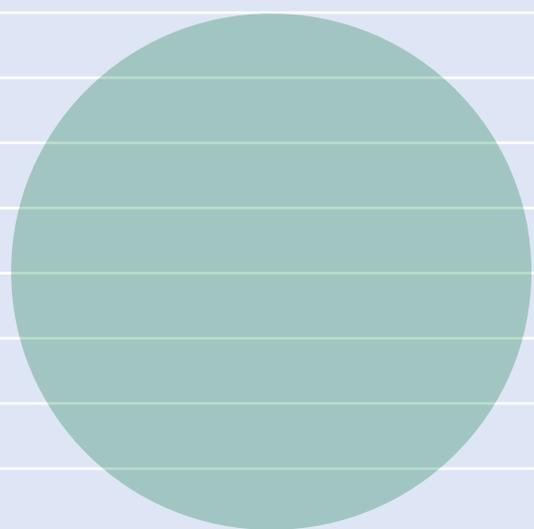
Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
h. Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas	-	-	I-37. Detección: problemas de salud mental [Otro respaldo de la OMS]	-	I-29. Reafirmación de evaluaciones HEADSSS [Otro respaldo de la OMS] I-47. Orientación sobre el consumo de sustancias [Respaldo parcial del GRC] I-76. Prestación de orientación a corto plazo o dirigida a superar situaciones de crisis [Respaldo parcial del GRC] I-78. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos del comportamiento [Pleno respaldo del GRC] I-79. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos emocionales, de ansiedad y depresivos [Pleno respaldo del GRC] I-80. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos alimentarios [Otro respaldo de la OMS] I-81. Derivación y apoyo para el tratamiento del estrés [Respaldo parcial del GRC] I-82. Derivación y apoyo contra el riesgo de suicidio y las conductas autolesivas [Pleno respaldo del GRC] I-83. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos somatoformes [Pleno respaldo del GRC] I-84. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos psicóticos [Pleno respaldo del GRC] I-85. Derivación y apoyo contra el consumo perjudicial de sustancias [Pleno respaldo del GRC] I-86. Derivación y apoyo contra la dependencia de sustancias [Pleno respaldo del GRC] I-87. Derivación y apoyo para el tratamiento del síndrome de abstinencia [Pleno respaldo del GRC]	-	I-18. Respaldo a las políticas de promoción de la salud mental [Respaldo parcial del GRC] I-22. Respaldo a las políticas contra la intimidación [Respaldo parcial del GRC]

Nota: cada una de las 87 intervenciones está categorizada en el catálogo por área de salud, tipo de actividad sanitaria, fuente de la OMS y clasificación final por parte del GDG como esencial o adecuada en el marco de los SSE, ya sea en cualquier lugar o solo en determinadas zonas geográficas. Es importante señalar que muchas intervenciones podrían colocarse en varias celdas del catálogo, pero por razones de claridad solo se selecciona una celda para cada una de ellas. Además, en aras de la brevedad, en esta matriz se han utilizado nombres resumidos de las intervenciones; los nombres exactos completos figuran en las Directrices sobre los servicios de salud escolar. El apéndice (Compendio de intervenciones y datos probatorios de la OMS) incluye información detallada sobre las orientaciones de la OMS relativas a cada intervención.

HEADSSS (por sus siglas en inglés): hogar, educación, empleo, alimentación, actividad, drogas, sexualidad, seguridad, pensamientos suicidas y estado de depresión.

Capítulo 1

Introducción



1.1 Carga y necesidades sanitarias de los niños y adolescentes

La salud de los niños y adolescentes ha experimentado grandes mejoras en las últimas décadas. Como ejemplos de los importantes progresos logrados en todo el mundo cabe citar la reducción de las tasas de mortalidad y la mejora de la nutrición entre los niños y adolescentes, así como la disminución de las tasas de fecundidad entre las adolescentes (11-15).

A pesar de estos logros, persiste una importante carga de enfermedades y traumatismos entre los niños y adolescentes. En todas las regiones de la OMS, los niños y los adolescentes siguen sufriendo diversos problemas de salud importantes, entre ellos los traumatismos no intencionales, la violencia interpersonal, los problemas de salud sexual y reproductiva, las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental, además de los comportamientos de riesgo relacionados con ellos (como el consumo de

tabaco y alcohol, la dieta malsana y la inactividad física). Los traumatismos causados por accidentes de tráfico son una de las cinco principales causas de muerte en ambos sexos y en todos los subgrupos de edad de los niños en edad escolar, y las infecciones de las vías respiratorias bajas y las enfermedades diarreicas figuran entre las cinco principales causas de muerte en la mayoría de los subgrupos (figura 1). Hay otras afecciones que solo aparecen entre las cinco principales causas de muerte en algunas de las subpoblaciones, como el ahogamiento, entre los varones de 5 a 19 años, la malaria, entre las niñas y los niños de 5 a 9 años y las hembras de 10 a 14 años, el VIH/SIDA, entre las hembras de 10 a 14 años y los varones de 10 a 19 años, las conductas autolesivas, entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 19 años, la violencia interpersonal, entre los varones de 15 a 19 años, y las afecciones relacionadas con la maternidad, entre las jóvenes de 15 a 19 años.

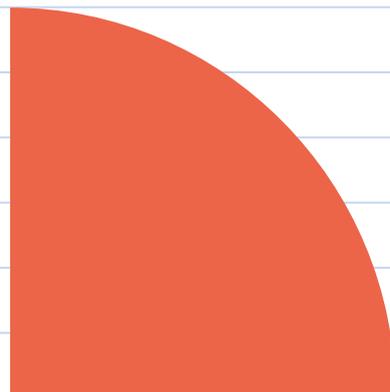
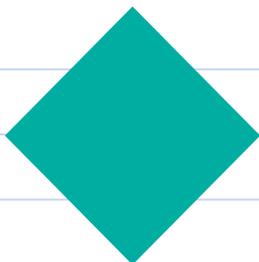
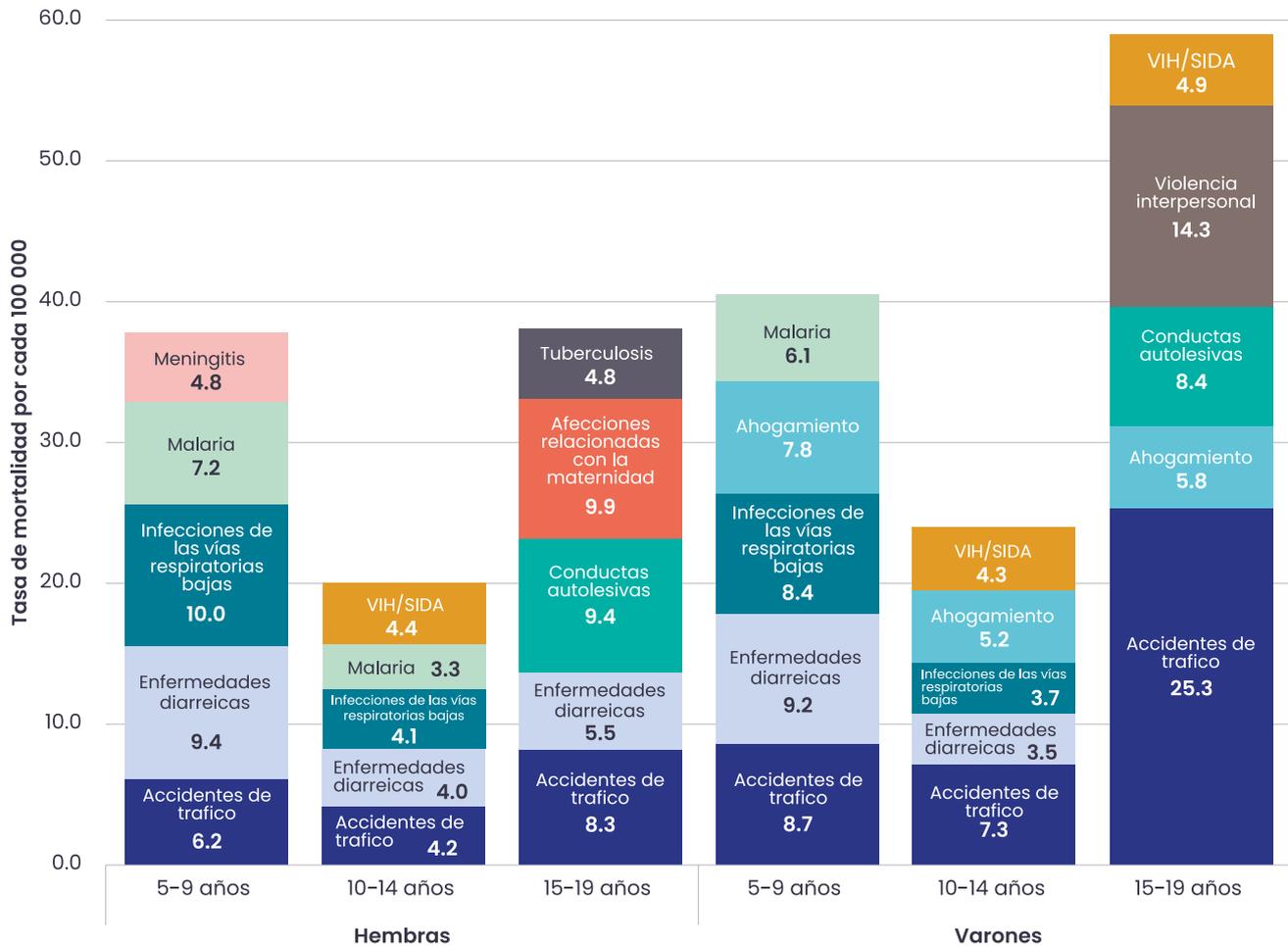


Figura 1. Estimaciones de las cinco principales causas de muerte entre los niños y adolescentes en edad escolar en todo el mundo, por sexo y grupo de edad, en 2016



Nota: las causas de muerte se presentan ordenadas de mayor a menor según su tasa de mortalidad general (considerando la tasa total para todos los sexos/grupos de edad), y se muestran las cinco principales causas para cada sexo/grupo de edad. Por ejemplo, con una tasa de 60,0 muertes por 100 000, las lesiones provocadas por accidentes de tráfico son la primera causa de mortalidad para todos los niños en edad escolar (5-19 años); en cambio, tanto la meningitis como la tuberculosis tienen una tasa de 4,8 muertes por 100 000 y, como tales, son las más bajas de entre las 11 causas mostradas.

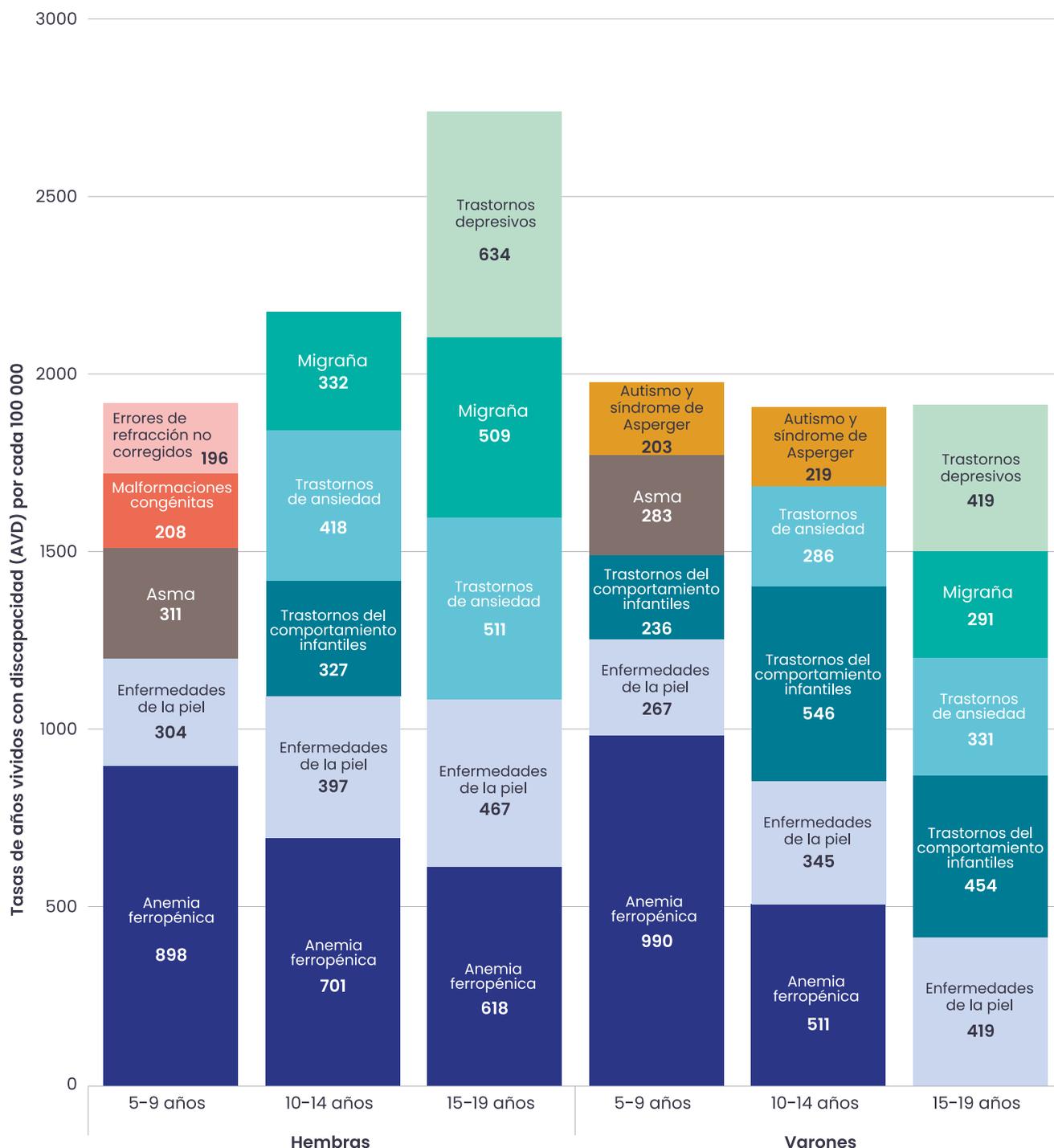
Fuente: OMS (14).

La reducción de la carga de enfermedades no mortales también ha presentado unos progresos limitados a nivel mundial. La estimación de los años vividos con discapacidad (AVD) (una medida con la que se pretende cuantificar el tiempo vivido en estados de salud inferiores a los buenos) muestra que las enfermedades de la piel, la anemia ferropénica, los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento infantiles están entre las cinco principales causas de AVD en la mayoría de los subgrupos (figura 2). Sin embargo, algunas afecciones solo se encuentran entre las cinco principales causas de AVD en determinadas subpoblaciones, como las malformaciones congénitas y los errores de refracción no corregidos entre las niñas de 5 a 9 años, el asma entre las niñas y los niños de 5 a 9 años, las migrañas entre

las hembras de 10 a 19 años y los varones de 15 a 19 años, el autismo y el síndrome de Asperger entre los varones de 5 a 14 años y los trastornos depresivos entre los jóvenes de 15 a 19 años de ambos sexos. A diferencia de la mortalidad, en la que los varones de 15 a 19 años experimentan las tasas de mortalidad más elevadas, las tasas de AVD son especialmente altas para los jóvenes de 15 a 19 años.

Cabe destacar que el hecho de que una afección no aparezca en las figuras 1 y 2 para una subpoblación específica de niños y adolescentes no significa que no cause en ella un elevado número de AVD o altas tasas de mortalidad, sino simplemente que no se encuentra entre las cinco principales causas de AVD o de muerte en esa subpoblación.

Figura 2. Estimaciones de las cinco principales causas de AVD en todo el mundo entre los niños y adolescentes en edad escolar, por sexo y grupo de edad, en 2016



Nota: a) Los AVD son una estimación de la carga de morbilidad debida a una discapacidad; se calculan multiplicando la incidencia de un trastorno por su duración y por un factor de ponderación que refleja la gravedad de la discapacidad causada que varía entre 0 (salud perfecta) y 1 (muerte). De este modo se estima la pérdida de salud a corto o largo plazo asociada a esa discapacidad. b) Las causas de AVD se presentan ordenadas de mayor a menor, según la tasa general de AVD que provoquen (considerando la tasa total para todos los sexos/grupos de edad), y se muestran las cinco principales causas para de cada sexo/grupo de edad. Por ejemplo, con una tasa de 3718 AVD por 100 000, la anemia ferropénica es la primera causa de AVD para toda la población en edad escolar (5-19 años). En cambio, con una tasa de 196 AVD por cada 100 000, los errores de refracción no corregidos (parte superior de una de las columnas) son la causa más baja de entre las 10 que se muestran.

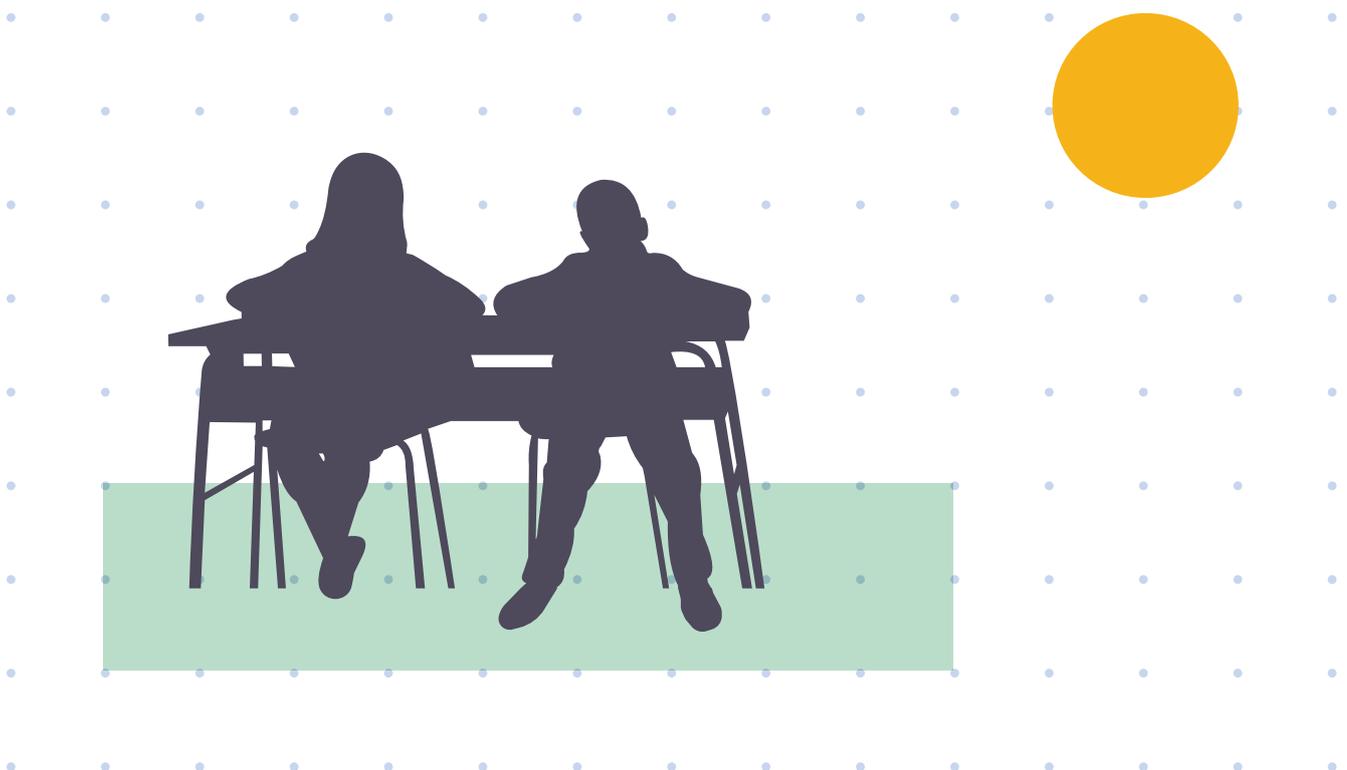
Fuente: OMS (14).

En todo el mundo existen algunas subpoblaciones de niños y adolescentes especialmente vulnerables. Estas

subpoblaciones están más expuestas a los riesgos sanitarios, tienen menos acceso a los servicios de salud, presentan peores resultados sanitarios y padecen consecuencias sociales más graves a causa de la mala salud (16). En estas desigualdades subyacen factores como el sexo, el nivel de ingresos, la educación y el hecho de residir en una zona rural o urbana. Por tanto, para atender de manera eficaz las necesidades de salud de los niños y adolescentes es necesario realizar intervenciones dirigidas a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud y el bienestar, entre otros. La mejora de la calidad, la cobertura y la equidad de los SSE puede significar un paso importante hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que fijó la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, tales como garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ODS 3), lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (ODS 5), y reducir la desigualdad en y entre los países (ODS 10).

Asimismo, todos los niños en edad escolar van experimentando necesidades de salud y desarrollo positivos de naturaleza física, sexual, psicosocial y neurocognitiva a medida que pasan de la infancia a la edad adulta (4). El periodo de crecimiento que va de los 5 a los 19 años es fundamental para el desarrollo de las habilidades y comportamientos que permiten a los niños y adolescentes desenvolverse de manera eficaz en su entorno, relacionarse bien con los demás, rendir de forma satisfactoria

y alcanzar sus objetivos. Por tanto, además de abordar los problemas de salud, es importante que la atención sanitaria también se centre en aquellos factores que favorecen la salud y el bienestar positivos de los niños y los adolescentes; este objetivo está en consonancia con la aplicación de un enfoque salutogénico y de desarrollo positivo orientado a potenciar las transiciones, el crecimiento y los comportamientos saludables (17). Por ejemplo, los niños en edad escolar pueden recibir diversas modalidades de educación para la salud, entre otras cosas, mediante planes de estudio centrados en la nutrición, la actividad física, la higiene o la salud reproductiva y sexual. También pueden recibir diferentes formas de promoción de la salud, como las actividades participativas dirigidas a incrementar el bienestar (18), el fomento de los comportamientos orientados a mejorar la salud (la búsqueda de un tratamiento adecuado para un problema de salud) o el refuerzo de las denominadas «5 C» (competencia, confianza, conexión, carácter y cuidado) (4). Asimismo, a medida que los niños experimentan cambios durante la pubertad, les pueden surgir preguntas o necesidades de atención sanitaria relacionadas con la maduración, la higiene femenina (incluida la menstrual) y la higiene masculina (19). Los servicios de salud, incluidos los de salud escolar, adaptados a los adolescentes están diseñados para abordar estas cuestiones de manera que sean accesibles y adecuados, y que gocen de aceptación (20).



1.2 Los SSE en el marco de la sanidad escolar y las EPS

Las escuelas ofrecen grandes posibilidades para impartir programas de salud intensivos, a largo plazo y a gran escala a los niños y adolescentes (8). En todo el mundo, la mayoría de los niños y adolescentes están escolarizados, y una proporción cada vez mayor de los estudiantes acceden a la escuela secundaria tras finalizar la primaria. A escala mundial, las tasas netas ajustadas de escolarización en primaria y secundaria¹ son del 89% y del 66%, respectivamente (21-23). En consecuencia, es posible que la única forma de atender desde las instituciones, de manera casi diaria, las necesidades de salud de la mayoría de niños y adolescentes en edad escolar sea a través de un sistema de SSE (24). Al operar en los entornos educativos, los SSE se encuentran en el lugar adecuado para aprovechar el vínculo inextricable que existe entre la salud y la educación.

Los SSE operan en un contexto más amplio de la sanidad escolar que fue articulado por la OMS en 1995 con el lanzamiento de la Iniciativa Mundial de Salud Escolar. Esta iniciativa tenía como objetivo mejorar la salud de los niños, los adolescentes y la comunidad mediante la aplicación de programas de salud multifacéticos en las escuelas (25). Tras ser ampliada en 2000 a través de la asociación para la Focalización de Recursos para una Efectiva Salud Escolar (un enfoque FRESH Start) (26,27), mediante esta iniciativa se prestó apoyo a los países para desarrollar programas de salud escolar y aumentar el número de EPS, definidas estas como aquellas «escuelas que, de manera constante, mejoran sus capacidades como entornos saludables para vivir, aprender y trabajar» (28). Cabe resaltar que para atender de manera eficaz las necesidades de salud de los niños y adolescentes en las EPS es necesario llevar a cabo intervenciones basadas en datos probatorios orientadas directamente a la salud y el bienestar, así como intervenciones dirigidas a influir en los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud y el bienestar (29). Se ha demostrado que las iniciativas referentes a las EPS tienen capacidad para mejorar los comportamientos relacionados con la salud, como la práctica de actividad física, el cuidado de la forma física, la ingesta de frutas y verduras, la prevención del consumo de tabaco y la prevención de la intimidación (9). Las intervenciones que se llevan a cabo en las escuelas, como el tratamiento vermífugo, la promoción del uso de mosquiteros

tratados con insecticida, la vacunación contra la anatoxina tetánica y el papilomavirus humano, la promoción de la salud bucodental, los exámenes de visión y el suministro de gafas, la administración de suplementos de micronutrientes, el uso de alimentos multifortificados y las intervenciones en materia de alimentación escolar, ofrecen una excelente relación costo-eficacia y una relación costo-beneficio muy elevada (30). Las inversiones en la salud y la educación de los adolescentes generan beneficios económicos y sociales cuyos rendimientos ascienden a entre 6 y 12 veces la inversión realizada (31).

Una de las nuevas ocho pautas mundiales para las EPS se refiere a ampliar el acceso a los SSE integrales. Si bien la eficacia de las EPS ha quedado demostrada, se ha observado que en muchos países es difícil crearlas dotándolas de unos niveles elevados de cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad (9,32), principalmente debido a la escasa integración de las cuestiones referentes a la salud y su promoción en los sistemas educativos (10). En 2017, el documento titulado Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!) puso de manifiesto esta deficiencia. Esta guía alienta a priorizar los programas de salud escolar a fin de dar un paso importante hacia el logro de la cobertura sanitaria universal (CSU), y afirma que «todas las escuelas deben ser promotoras de la salud» (4). Para dar respaldo a este objetivo, en 2018 la OMS y la UNESCO, en colaboración con otras entidades de la ONU, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), lanzaron una iniciativa para lograr que todas las escuelas fueran promotoras de la salud (denominada en inglés «Making Every School a Health Promoting School») (10). En el marco de esta iniciativa se han elaborado pautas mundiales y orientaciones de ejecución para las EPS (3,33). Las ocho pautas mundiales están relacionadas entre sí para conformar un sistema de EPS que reconozca el importante papel que desempeñan los SSE (figura 3).

¹ La tasa neta de escolarización representa el porcentaje de niños en edad escolar oficial que están escolarizados con respecto al número total de niños de la población que se encuentran en esa misma franja de edad.

Las ocho pautas mundiales para las EPS, que se indican en el cuadro 1, fueron concebidas para funcionar como un sistema (véase la figura 2). El carácter ambicioso de las pautas es intencional, puesto que se apunta a la concreción progresiva de una visión que dé lugar a escuelas saludables.

Figura 3. Cuadro sinóptico de las normas mundiales y las declaraciones normativas



Cuadro 1. Sinopsis de las pautas mundiales y los enunciados de cada una

<p>1 </p> <p>Políticas y recursos gubernamentales</p> <p>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.</p>	<p>2 </p> <p>Políticas y recursos de la escuela</p> <p>La escuela ha asumido el compromiso de aplicar un enfoque de toda la escuela para ser promotora de la salud, e invierte en ello.</p>	<p>3 </p> <p>Gobernanza y liderazgo de la escuela</p> <p>El enfoque de EPS cuenta con el respaldo de un modelo de gobernanza y dirección de toda la escuela.</p>	<p>4 </p> <p>Asociaciones entre la escuela y la comunidad</p> <p>Para cumplir el objetivo de ser promotora de la salud, la escuela interactúa y colabora con la comunidad local.</p>
<p>5 </p> <p>Plan de estudios de la escuela</p> <p>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.</p>	<p>6 </p> <p>Entorno socioemocional de la escuela</p> <p>La escuela ofrece un entorno socioemocional seguro y de contención.</p>	<p>7 </p> <p>Entorno físico de la escuela</p> <p>La escuela ofrece un entorno físico saludable, seguro e inclusivo.</p>	<p>8 </p> <p>Servicios de salud escolar</p> <p>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.</p>

1.3 Necesidad de orientaciones sobre los SSE

Aunque la asociación FRESH y otros asociados han elaborado orientaciones claras y basadas en datos empíricos sobre algunos de los elementos que componen las EPS (34-37), existen pocas orientaciones referentes a los SSE (38-43). En consecuencia, es importante que la norma mundial sobre los SSE cuente con el apoyo de unas directrices respaldadas por una revisión rigurosa de la bibliografía y la experiencia en la aplicación.

Los estudios de alcance mundial y regional sobre los SSE han puesto de manifiesto que, si bien la mayoría de países cuentan con algún tipo de servicio de esta naturaleza, en muchos casos esos servicios no están basados en datos probatorios, no se implementan de forma adecuada, padecen deficiencias de financiación y/o tienen un alcance y un ámbito de aplicación limitados (8,44). A menudo, los programas escolares integrales de los países no contemplan los SSE (recuadro 1 y anexo B).

Recuadro 1. Aspectos más destacados de las revisiones a nivel mundial de los programas nacionales sobre los SSE

- En al menos 102 países existen servicios de salud prestados en las escuelas o vinculados a ellas (8). En la mayoría de los casos, en el marco de esos servicios se realizan vacunaciones, actividades de educación en salud sexual y reproductiva, exámenes de visión y de nutrición, y programas de educación nutricional. En la prestación ordinaria de estos servicios no se tienen suficientemente en cuenta algunas intervenciones importantes, como la prestación de servicios de salud mental y la prevención de traumatismos y de la violencia.
- Por regla general, los SSE son prestados dentro de las instalaciones de los centros por parte de personal especializado en sanidad escolar (8).
- Los problemas más comunes que afectan a los SSE son la escasez de personal, la elevada carga de trabajo, la falta de oportunidades de formación y de educación continua para los profesionales, y la escasa motivación del personal dedicado a la sanidad escolar. Además, con frecuencia se informa de una coordinación inadecuada entre los diversos proveedores de servicios o sectores (en particular, el de la salud y la educación), así como de una financiación insuficiente y de problemas relacionados con la calidad de la atención (8).
- Incluso en aquellos casos en que los marcos nacionales referentes a los SSE reiteran la necesidad de abordar la salud desde un enfoque escolar integral, a veces se margina u omite el componente de los SSE (anexo 2).
- El alcance de los programas nacionales de los SSE puede variar desde las intervenciones mínimas a cargo de los profesores, pasando por las visitas ocasionales de un trabajador sanitario (normalmente un enfermero, y a veces un médico), hasta los programas de SSE relativamente completos y de gran cobertura, impartidos por enfermeros que trabajan a tiempo completo o parcial en las escuelas, o por un equipo de trabajadores sanitarios en los centros de salud ubicados en las escuelas (CSUE) (anexo B).
- El carácter esencialmente intersectorial de los SSE plantea problemas, por más que sea conocida la importancia de la colaboración entre los sectores de la educación y la salud. Un análisis de estudios de casos de ocho países (Australia, Bangladesh, Egipto, los Estados Unidos, la República Democrática Popular Lao, Rwanda, Sudáfrica y Turquía) puso de manifiesto que, en la práctica, un solo sector (el de la educación o el de la salud) asumía el peso de la implementación de los SSE. En aquellos lugares en que la dirección y ejecución de los SSE recaían esencialmente en el sector de la educación, las intervenciones de los SSE eran muy limitadas y solían correr a cargo de personas no profesionales carentes de formación clínica (anexo B).

1.4 Público destinatario de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

El **público destinatario principal** de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar son las instancias normativas y los gestores de programas del ámbito gubernamental, así como las partes interesadas privadas (con o sin ánimo de lucro), de los sectores sanitario y educativo que se encargan de velar por la salud y el bienestar de los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años que asisten a la

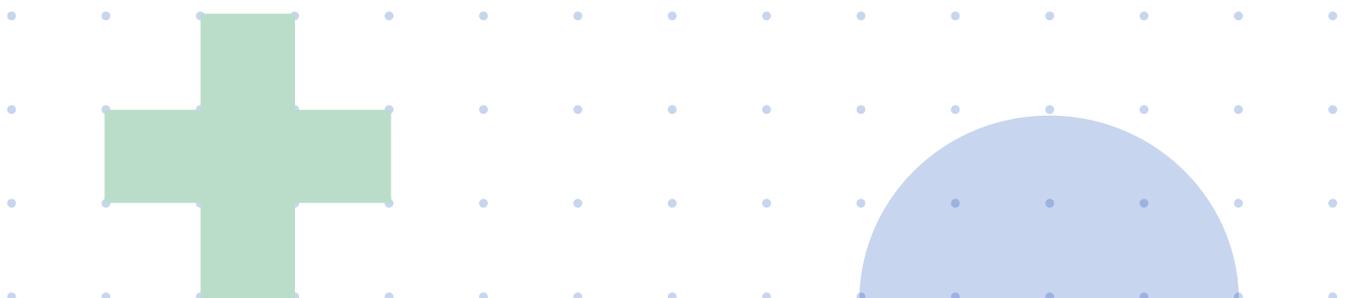
escuela o a establecimientos educativos similares. Entre los **públicos destinatarios secundarios** cabe citar el ámbito académico, los responsables de la ejecución (por ejemplo, los trabajadores sanitarios escolares), otros trabajadores de las escuelas (como gestores, administradores y profesores) y los alumnos.

1.5 Objetivo y ámbito de aplicación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

El objetivo de estas Directrices es ofrecer una guía detallada para los gobiernos nacionales y otras partes interesadas acerca de la eficacia, aceptabilidad y el contenido de los SSE que requieren la participación de algún trabajador sanitario. Este documento pretende servir de ayuda a los gobiernos nacionales y a los asociados nacionales e internacionales para elaborar unos programas de SSE eficaces y basados en datos empíricos, que permitan satisfacer mejor las necesidades de salud y desarrollo de los niños y adolescentes en edad escolar.

El ámbito de aplicación de estas Directrices son los servicios prestados por un trabajador sanitario a alumnos de primaria o secundaria, ya sea en el centro escolar o en un establecimiento de salud ubicado fuera de dicho centro. En concreto, estas Directrices incluyen:

1. una recomendación fundamentada en datos probatorios rigurosos que avalan que los SSE integrales pueden ser eficaces y gozar de aceptación;
2. un catálogo de intervenciones que podrían incluirse en los SSE, acompañadas de las fuentes de la OMS que las respaldan. Cabe señalar que:
 - a. estas intervenciones han sido categorizadas por expertos en SSE como «esenciales para los SSE en cualquier lugar», como «adecuadas para los SSE en cualquier lugar» o bien como «esenciales o adecuadas para los SSE en determinadas zonas geográficas»; y que
 - b. esta categorización se elaboró a partir de los resultados de una encuesta mundial de expertos en SSE, así como de la posterior labor de depuración y priorización que realizó el GDG; y



3. unas orientaciones para establecer prioridades dirigidas a los gobiernos nacionales, que podrán utilizar a fin de decidir cuáles son las intervenciones más importantes para satisfacer las necesidades específicas de sus programas de SSE.

Estas Directrices no abordan otros aspectos de la EPS en los que no interviene ningún trabajador sanitario, como la educación para la salud que imparten los profesores en clase. Además, cabe mencionar que tampoco proponen un enfoque único para todos los SSE. En términos generales, estas Directrices se pueden aplicar a diferentes sistemas de prestación de servicios, a saber: tanto a servicios prestados en las escuelas como a servicios vinculados a ellas, y tanto a servicios ofrecidos por un equipo de trabajadores sanitarios con formaciones diversas como a servicios prestados por trabajadores sanitarios de un mismo perfil. Sin embargo, este documento no ofrece recomendaciones específicas sobre el contenido o la prestación de los SSE, ya que estas cuestiones dependerán del contexto y de los recursos disponibles, por ejemplo, del sistema general de salud y de los servicios existentes.

Está previsto que estas Directrices formen parte de una serie de documentos de orientación detallados de alcance mundial sobre salud escolar, que aborden también la programación e implementación de los servicios relativos a ella.

En términos más generales, se espera que contribuyan a la consecución de metas específicas de los ODS, entre ellas, las siguientes:

- poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas; combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar; fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias; y lograr la CSU (ODS 3); y
- eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas (como la explotación sexual); eliminar todas las prácticas nocivas (como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina); y garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (ODS 5).

El recuadro 2 muestra los términos clave que se definen en estas Directrices, si bien el glosario contiene más explicaciones y definiciones.

Recuadro 2. Términos clave de estas Directrices

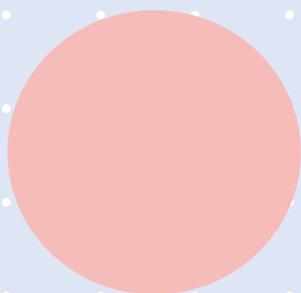
Un trabajador sanitario es toda persona que tiene como principal función prestar servicios de promoción, prevención, atención y/o tratamiento en materia de salud: por ejemplo, son trabajadores sanitarios los enfermeros y los psicólogos clínicos, pero no los profesores.

Los servicios de salud escolar son servicios prestados por un trabajador sanitario a alumnos de primaria o secundaria, ya sea en el centro escolar o en un establecimiento de salud ubicado fuera de dicho centro. Este establecimiento debe haber firmado un acuerdo oficial con la escuela para brindar servicios de salud a sus alumnos.

Servicios de salud escolar integrales: según la definición operativa que se usa en estas Directrices, los «SSE integrales» son aquellos SSE que prevén intervenciones en al menos cuatro de las siete áreas de salud que figuran en la sección 3.2 y capítulo 5. Los SSE integrales deben abordar al menos cuatro áreas de salud pertinentes para la población estudiantil (si bien, en condiciones ideales las abordarían todas), entre ellas: salud y desarrollo positivos; traumatismos no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física; y salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas.

Capítulo 2

Proceso de elaboración de las Directrices



2.1 Estructuras de gobernanza y gestión

Se creó un **Grupo Directivo** encargado de prestar apoyo técnico general durante el proceso de elaboración de las Directrices. Este grupo estuvo dirigido por el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento de la OMS, y contó con representantes de otros departamentos y programas pertinentes de la Organización, de sus seis oficinas regionales y de la UNESCO. El Grupo Directivo propuso que se invitara a formar parte del GDG a expertos con conocimientos técnicos sobre salud escolar y sobre procedimientos de revisión y síntesis de datos probatorios.

El GDG estuvo integrado por académicos, profesionales de la salud pública y clínicos que no trabajaban para ninguna organización de las Naciones Unidas y que, entre todos, reunían experiencia multidisciplinar en salud escolar, adolescente e infantil. A la hora de formar el GDG se tuvieron en cuenta la diversidad geográfica y el

equilibrio entre géneros. Uno de los miembros del GDG fue designado para presidir este grupo a fin de facilitar y guiar sus debates, aclarar los puntos de vista y resumir las cuestiones que surgieran en las conversaciones.

Antes de presentar la propuesta de Directrices al GRC de la OMS, dos expertos externos la revisaron de forma independiente. Para realizar un examen colegiado del contenido del proyecto de Directrices se nombró un **Grupo de Revisión Externa** integrado por cinco miembros.

En el anexo se mencionan todos los miembros del GDG y del Grupo de Revisión Externa, indicando su género, nacionalidad y/o país de residencia, y su afiliación institucional.

2.2 Declaraciones de intereses y gestión de los conflictos de intereses

A fin de cumplir con la Política de Conflicto de Intereses de la OMS, el Grupo Directivo se ajustó a lo dispuesto en la versión revisada de las Directrices para la declaración de intereses (expertos de la OMS) (45). Se solicitaron declaraciones de intereses a:

- todos los miembros del GDG;
- todos los expertos y los asociados externos que participaron en el proceso de revisión de los datos probatorios;
- todos los expertos y los asociados externos que participaron en la elaboración y la redacción de las Directrices; y
- todos los expertos y los asociados externos que fueron invitados a revisar los perfiles de los datos probatorios y el proyecto de Directrices.

Antes de su nombramiento, se envió una carta a todos los posibles miembros del GDG solicitándoles

que rellenaran un formulario de declaración de intereses y presentaran un curriculum vitae. También se les pidió que aceptaran que las Directrices mostrarán un resumen de esas declaraciones. Una vez recibida esa documentación, el Grupo Directivo examinó los formularios y otra información adicional (como los resultados de búsquedas en internet y en bases de datos bibliográficas), y evaluó si existía algún conflicto de intereses. No se observaron conflictos significativos, de modo que no fue necesario adoptar otras medidas. En todas las reuniones, los miembros del GDG tuvieron ocasión de actualizar o modificar su declaración. Todos los miembros del GDG tuvieron libertad para formular observaciones o expresar sus inquietudes sobre los intereses declarados por los demás integrantes del grupo. A lo largo de ese proceso no se detectaron conflictos relevantes (anexo).

2.3 Colaboración con los asociados externos

El *Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre* (Centro sobre Estigma y Resiliencia en Jóvenes Vulnerables) de la Universidad de la Columbia Británica (Canadá) ayudó a elaborar estas

Directrices asumiendo la gestión de la encuesta sobre la opinión de expertos y realizando un análisis preliminar de los datos que arrojó.

2.4 Gestión de los procesos de grupo y toma de decisiones

Durante los procesos de elaboración de las Directrices y de toma de decisiones se celebraron tres reuniones del GDG. Dos de ellas tuvieron lugar de forma presencial, en Ginebra (Suiza), en mayo y octubre de 2019, y la otra se celebró de forma virtual por todo el mundo en abril de 2020. En un principio estaba previsto que la tercera reunión también fuera presencial, pero la aparición de la pandemia de COVID 19 obligó a organizarla en una serie de tres sesiones virtuales de dos horas cada una para los subgrupos de los hemisferios occidental y oriental. Fue necesario realizar sesiones de subgrupos por separado para poder adaptarse a las diferentes zonas horarias del mundo. Los miembros del GDG y del Comité Directivo seleccionaron el subgrupo al que querían incorporarse y solo participaron en las reuniones de ese subgrupo. Las únicas personas que asistieron a todas las sesiones de los subgrupos fueron la Presidenta del GDG, la experta en el método GRADE y dos integrantes de la Secretaría de la OMS.

Previamente a cada una de las tres reuniones del GDG, sus miembros recibieron documentos de antecedentes detallados para poder examinarlos.

Además, la información contenida en estos documentos se resumió en forma de presentaciones en cada reunión, antes de que la Presidenta del GDG y/o la experta en el método GRADE tomara la palabra para así agilizar el debate y la toma de decisiones del GDG. En la tercera reunión, la Presidenta del GDG solo participó de forma sustancial en el debate, y votó, en las sesiones del subgrupo 1. Se consideró que existía consenso entre los miembros del GDG cuando todos ellos manifestaban su apoyo a una decisión y/o recomendación, también con respecto a su redacción. Se contaba con un protocolo de votación por si había desacuerdo, según el cual se consideraba suficiente una mayoría del 60%, pero en la práctica no hubo que utilizarlo para decidir ninguna de las preguntas clave de las Directrices.

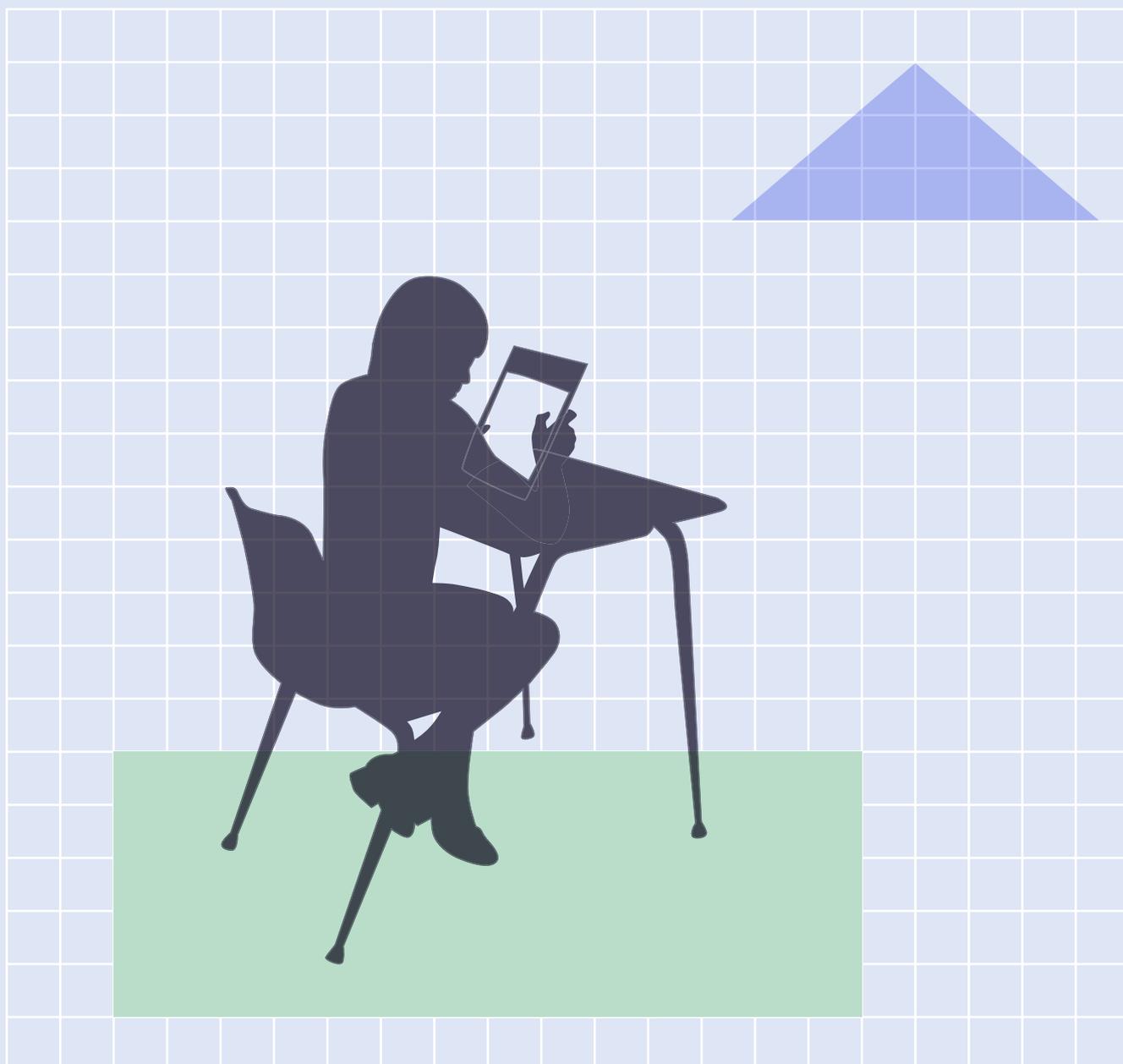
2.5 Confidencialidad

Se solicitó a todos los miembros del GDG, del Grupo de Revisión Externa y de los equipos de revisión y síntesis de los datos probatorios que rellenaran y

firmaran el acuerdo normalizado de confidencialidad de la OMS. Además, en cada reunión se recordó a los miembros del GDG el requisito de confidencialidad.

Capítulo 3

Métodos



3.1 Preguntas clave

La elaboración de estas Directrices se fundamentó en tres preguntas clave.

- **Pregunta clave 1.** ¿Son los SSE integrales un instrumento eficaz para mejorar los resultados de salud o para incrementar la cobertura de los servicios sanitarios destinados a los niños y adolescentes en edad escolar? Este concepto de eficacia también abarca la determinada mediante estudios económicos (con respecto al ahorro de costos y a las relaciones costo-beneficio o costo-eficacia).
- **Pregunta clave 2.** ¿Gozan de aceptabilidad los SSE integrales entre las partes interesadas, tales como los niños y adolescentes en edad escolar, los padres, los profesores y las instancias normativas?
- **Pregunta clave 3.** ¿Cuál debería ser el contenido de los SSE integrales en los diversos contextos?

3.2 Áreas de salud y tipos de actividades de los SSE

En estas Directrices se definen y utilizan siete áreas de salud generales (véase el capítulo 5). Estas áreas de salud fueron adaptadas a partir de las utilizadas en el documento titulado *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)* (4). Son estas:

- a. salud y desarrollo positivos;
- b. traumatismos no intencionales;
- c. violencia;
- d. salud sexual y reproductiva, incluido el VIH;
- e. enfermedades transmisibles;
- f. enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física; y
- g. salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas.

Según la definición operativa que se usa en estas Directrices, los SSE integrales son aquellos SSE que prevén intervenciones en al menos cuatro de las siete áreas de salud anteriores. Esta definición se elaboró para distinguir los SSE integrales de aquellas intervenciones sanitarias de alcance limitado que, por las razones que sean, se llevan a cabo en las escuelas (como las campañas de vacunación o de tratamientos vermífugos).

En estas Directrices también se definen y utilizan siete tipos de actividades de los SSE (capítulo 5), en concreto:

1. promoción de la salud
2. educación para la salud
3. cribado (que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda)
4. intervenciones preventivas (tales como las inmunizaciones o la administración masiva de medicamentos)
5. evaluación clínica (que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda)
6. gestión de servicios de salud
7. respaldo a otros pilares de las EPS.

3.3 Descripción general del método aplicado para elaborar estas Directrices

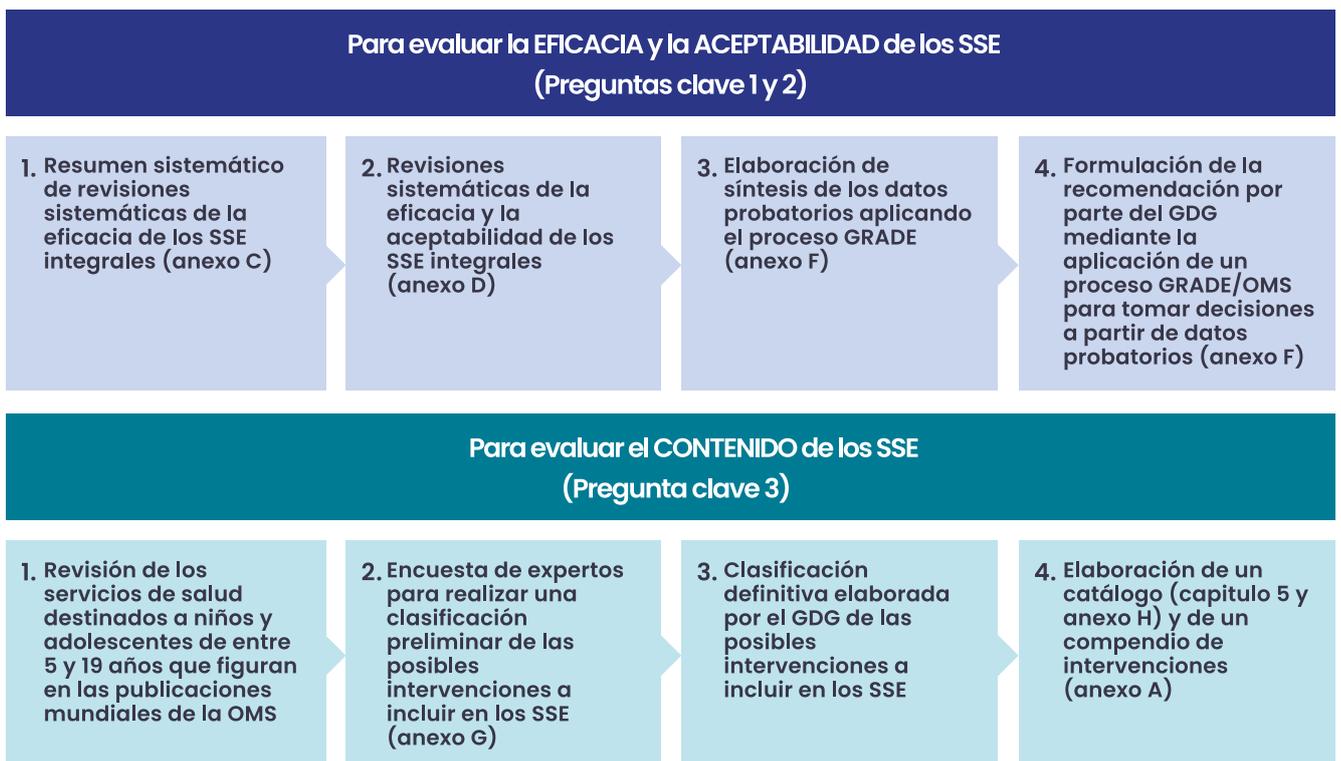
Estas Directrices se elaboraron de acuerdo con los procedimientos normalizados de la OMS para realizar este tipo de documentos (2). Las recomendaciones que se incluyen en las directrices de la OMS son el fruto de un complejo proceso de revisión sistemática y evaluación de datos probatorios. Dado que los SSE se componen de varias posibles combinaciones de servicios, y que estas Directrices son uno de los primeros documentos de orientación de alcance mundial que abordan los SSE, en ellas solo se ofrece una recomendación general, referida a las preguntas clave 1 y 2.

Además, en respuesta a la pregunta clave 3, estas Directrices proporcionan información práctica sobre un gran número de intervenciones concretas cuya aplicación dentro de los SSE integrales cabe considerar. Es importante destacar que estas intervenciones no han sido evaluadas mediante el

proceso normalizado que se usa para decidir sobre la inclusión de recomendaciones en las directrices de la OMS. Por contra, tales intervenciones se evaluaron y categorizaron a través de un proceso innovador que incluyó una revisión de los datos probatorios y de las recomendaciones que figuran en los documentos mundiales de orientación de la OMS, una encuesta a expertos para hacer una categorización preliminar de las intervenciones de los SSE, y su posterior categorización definitiva realizada por el GDG. Para cada intervención y su categorización se ofrece información de referencia y datos probatorios de utilidad, pero no se trata de recomendaciones formales de las Directrices.

La figura 4 ofrece una descripción general de los pasos seguidos durante la elaboración de las Directrices para responder a las tres preguntas clave para la investigación.

Figura 4. Metodología aplicada para definir la recomendación y el catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar.



3.4 Resumen sistemático y revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales

Para llevar a cabo el resumen y las revisiones sistemáticas que se presentan en esta sección se aplicó el enfoque basado en los Ítems de referencia para publicar revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) (anexo D) (46).

Resumen sistemático de revisiones sistemáticas de la eficacia de los SSE integrales: el punto de partida de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar fue un resumen sistemático de revisiones sistemáticas. Al realizar este resumen sistemático se identificaron 20 revisiones sistemáticas y se descubrió que los SSE son eficaces en una serie de ámbitos de la salud, entre ellos la depresión y la ansiedad, la obesidad, la salud bucodental y el sueño (47). Estas revisiones sistemáticas de los SSE se centraban en la eficacia de las intervenciones realizadas dentro de las escuelas y enmarcadas en un solo ámbito de la salud, aunque algunos autores de esas revisiones sugirieron que existía la necesidad de que los SSE fueran integrales (de hecho, los SSE suelen abarcar diversas áreas de salud (48)). En el anexo C se describen los métodos y algunas conclusiones obtenidas a través del resumen sistemático. Este resumen sistemático de revisiones sistemáticas presenta numerosas intervenciones eficaces que puede realizar un prestador de atención de salud en el marco de los SSE. Sin embargo, se efectuaron dos nuevas revisiones sistemáticas a fin de dar una respuesta general sobre la eficacia que ofrecen los SSE integrales para mejorar la salud de los niños y adolescentes en edad escolar.

Revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales: se llevaron a cabo dos revisiones sistemáticas para estudiar las preguntas clave 1 y 2 referidas a la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales (49). El primer paso de ambas revisiones sistemáticas consistió en definir los cuatro elementos de la pregunta: población, intervención, comparador y resultado (2).

En su primera reunión, celebrada en mayo de 2019, el GDG consideró el uso de varios métodos para sintetizar y evaluar los datos probatorios de la revisión sistemática. Tras debatir sobre ello, el GDG acordó utilizar el método GRADE, que permite evaluar la certidumbre o la calidad del conjunto de datos probatorios de los estudios para cada resultado (1,50). El GDG también consideró el uso del instrumento WHO-INTEGRATE evidence, que sirve para informar de manera transparente sobre los marcos para adoptar decisiones basadas en datos probatorios (51). Sin embargo, cuando se diseñaban estas revisiones sistemáticas se decidió no utilizar este instrumento, ya que no se tenía experiencia previa en su uso para elaborar directrices.

De la búsqueda inicial de las revisiones sistemáticas se obtuvieron 8523 registros, una vez eliminados los duplicados. Los procedimientos de cribado y revisión se resumen en el anexo D, donde también se ofrece una descripción detallada de la metodología utilizada en estas revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales.



3.4.1 Población, intervención y comparador

El cuadro 2 muestra de forma detallada la población, la intervención y el comparador correspondientes a las revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales. Solo se tuvieron en cuenta los artículos sobre los SSE que hubieran sido brindados o supervisados por un trabajador sanitario, de modo que se excluyeron los que

hubieran sido prestados por profesores formados sin la participación de ningún trabajador de la salud. A los efectos de las revisiones sistemáticas, al igual que en estas Directrices, se definieron los «SSE integrales» como aquellos que incluían intervenciones en al menos cuatro áreas de salud (sección 3.2 y capítulo 5).

Cuadro 2. Población, intervención y comparador correspondientes a las revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE

Medida	Características
Población	Niños (5–9 años) y/o adolescentes (10–19 años) escolarizados
Intervención	<p>La intervención debe haber reunido las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enmarcarse en servicios de salud prestados en las escuelas o vinculados a ellas; • los estudios seleccionados deben haber investigado la eficacia de un SSE que incluyera intervenciones correspondientes a al menos cuatro áreas de salud (véase la sección 3.2); • sobre la base de la numeración de los siete tipos de actividades de los SSE que se exponen en la sección 3.2: <ul style="list-style-type: none"> ◦ la intervención debe haber aplicado al menos una estrategia «clínica» de entre las siguientes: 3) cribado; 4) intervenciones preventivas (tales como las inmunizaciones o la administración masiva de medicamentos); y/o 5) evaluación clínica (que haya dado lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según correspondiera, con inclusión del apoyo a los enfermos crónicos, por ejemplo mediante la administración o la supervisión de la medicación); ◦ todo ello puede haber tenido lugar con independencia de que se hayan realizado, o no, intervenciones sobre: 1) promoción de la salud; 2) educación para la salud; 6) gestión de servicios de salud; y/o 7) respaldo a otros pilares de las EPS (como las políticas escolares sobre salud, los entornos escolares de aprendizaje éticos/seguros y la educación para la salud basada en la adquisición de aptitudes); • debe haber sido realizada o supervisada por un trabajador sanitario contratado a tiempo completo o parcial; a en el marco de los SSE se definió un trabajador sanitario como un profesional de la salud o afín que presta servicios dirigidos a los alumnos de una escuela (unos servicios que no están disponibles para otros grupos de población), con independencia del lugar donde los preste.
Comparador	Se refiere a cualquier comparador que se haya utilizado (por ejemplo, que se contrasten unos SSE con la inexistencia de esos servicios, con la aplicación de otro tipo de SSE, o bien con la ejecución de un programa similar prestado a través de una clínica comunitaria general o de una clínica destinada a niños o adolescentes), o a la ausencia del uso de comparadores.

a El servicio debe haber sido prestado o supervisado por un trabajador sanitario en el marco de los SSE. Se descartaron los servicios prestados por profesores formados sin la supervisión de un trabajador sanitario.

3.4.2 Resultados sobre la eficacia

El equipo encargado de la revisión y el Grupo Directivo acordaron conjuntamente qué resultados debían considerarse críticos y cuáles importantes, y estos fueron aprobados por el GDG basándose en las definiciones establecidas por el GRC de la OMS, a saber: los **resultados críticos** son aquellos que tienen una importancia crítica para formular las recomendaciones, y los **resultados importantes** son los que también deben tenerse en cuenta pero no son críticos para la toma de decisiones (2). Los **resultados críticos en materia de eficacia**

se definieron como aquellos que habían mejorado la mortalidad o la morbilidad a corto plazo, y que para obtenerlos de otro modo hubiera sido necesario realizar un gasto importante en servicios de salud o mejorar los indicadores educativos clave. Los **resultados importantes en materia de eficacia** se definieron como aquellos que afectan a la morbilidad crónica, al contexto académico o a la cobertura de los SSE. El cuadro 3 muestra los resultados que se consideraron críticos e importantes con respecto a la eficacia.

Cuadro 3. Resultados críticos e importantes para la revisión sistemática de la eficacia de los SSE

Resultados	Características
Resultados críticos en materia de eficacia	<p>Resultados sobre la mortalidad o la morbilidad a corto plazo, que para obtenerlos de otro modo hubiera sido necesario realizar un gasto importante en servicios de salud o mejorar los indicadores educativos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • resultados relacionados con el suicidio, incluyendo las ideas, los planes, los gestos y los intentos • hospitalización • visitas a los servicios de urgencias • ausencias en la escuela • rendimiento académico (por ejemplo, en términos de promedio de calificaciones)
Resultados importantes en materia de eficacia	<p>Resultados que afectan a la morbilidad crónica, al contexto académico o a la cobertura de los SSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • violencia • salud sexual • actividad física • quejas sobre la salud • calidad de vida • salud mental • consumo de sustancias (tabaco, alcohol o drogas) • expectativas académicas • compromiso de la escuela • cobertura
Resultados críticos en materia de eficacia económica	<ul style="list-style-type: none"> • ahorro de costos • relación costo-beneficio • relación costo-eficacia

3.4.3 Resultados sobre la aceptabilidad

Los resultados críticos y los importantes que se iban a considerar en la revisión fueron acordados entre el

equipo de revisión y el Grupo Directivo, y recibieron la aprobación del GDG. El cuadro 4 muestra estos resultados.

Cuadro 4. Resultados críticos e importantes para la revisión sistemática de la aceptabilidad de los SSE

Resultados	Características
Resultado crítico en materia de aceptabilidad	Satisfacción como usuarios expresada por los niños/adolescentes
Resultados importantes en materia de aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso (los alumnos contaban con un prestador regular de atención de salud disponible de forma constante) • Confidencialidad • Comunicación • Seguridad y respeto • Dedicación de tiempo suficiente a los alumnos por parte del trabajador sanitario • Satisfacción por parte de los proveedores • Viabilidad de la implementación desde el punto de vista de los proveedores

3.4.4 Proceso de revisión sistemática

En las revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales se hizo un cribado de los títulos y resúmenes de 8966 registros para determinar su posible admisibilidad, y posteriormente se evaluó la admisibilidad de 443 artículos completos (anexo D). Se encontraron estudios de gran calidad, que se definieron a priori como revisiones sistemáticas, como ensayos controlados aleatorizados o como estudios controlados no aleatorizados. En total, se consideraron admisibles y se incluyeron en la revisión 18 estudios de gran calidad, todos ellos realizados mediante un diseño controlado. Dado que todos estos estudios eran sobre países de ingresos altos, en la revisión también se incluyeron estudios observacionales sobre países de ingreso mediano bajo. De este modo, se añadieron 19 estudios observacionales referentes a este grupo de países.

Se extrajeron datos de todos los estudios admisibles, y se evaluó la calidad de todos los estudios incluidos. Para realizar el análisis de la calidad de los estudios controlados no aleatorizados y de los estudios transversales se aplicó la herramienta para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios de intervenciones no aleatorizados (ROBINS-I) (52). La herramienta ROBINS-I considera que todos los estudios controlados parten de un nivel de certidumbre alto. Para evaluar la calidad de los estudios económicos se aplicó la lista de comprobación del Programa de habilidades en lectura crítica (Critical Skills Appraisal Programme), que permite analizar la calidad de las evaluaciones económicas (53).

Habida cuenta de la gran variedad de los tipos de intervenciones abarcadas y en consonancia con las orientaciones de la OMS (2), las conclusiones de los estudios incluidos se sintetizaron inicialmente de forma narrativa y se organizaron en función de los resultados de interés (54). En los casos en que los datos lo permitieron y los estudios se consideraron metodológicamente similares, los datos se agruparon mediante metaanálisis de efectos fijos a fin de crear estimaciones del efecto, y se indicaron las razones de productos cruzados y los intervalos de confianza del 95% cuando los datos eran dicotómicos, y las diferencias de medias con desviaciones típicas si se trataba de datos continuos.

El grado de certidumbre de las conclusiones de los estudios para cada resultado se evaluó de acuerdo con la metodología GRADE, que conlleva la evaluación del riesgo potencial de sesgo, imprecisión, inconsistencia, carácter indirecto y sesgo de publicación para cada resultado (55). Cuando se aplicó el instrumento ROBINS-I para evaluar el riesgo de sesgo (52), se comenzó atribuyendo unas calificaciones GRADE altas de certidumbre a los estudios de evaluación controlados, y posteriormente se fueron degradando esas calificaciones. Por ejemplo, la calificación correspondiente al riesgo de sesgo se degradaba una vez si existía una tasa de respuesta inferior al 80%, y dos veces si esa tasa era inferior al 60%; la calificación correspondiente a la imprecisión se degradaba una vez si se habían utilizado intervalos de confianza amplios o si el tamaño de la muestra era inferior a 300, y dos veces si la muestra era inferior a 100 participantes; a su vez, la calificación correspondiente a la inconsistencia se degradaba

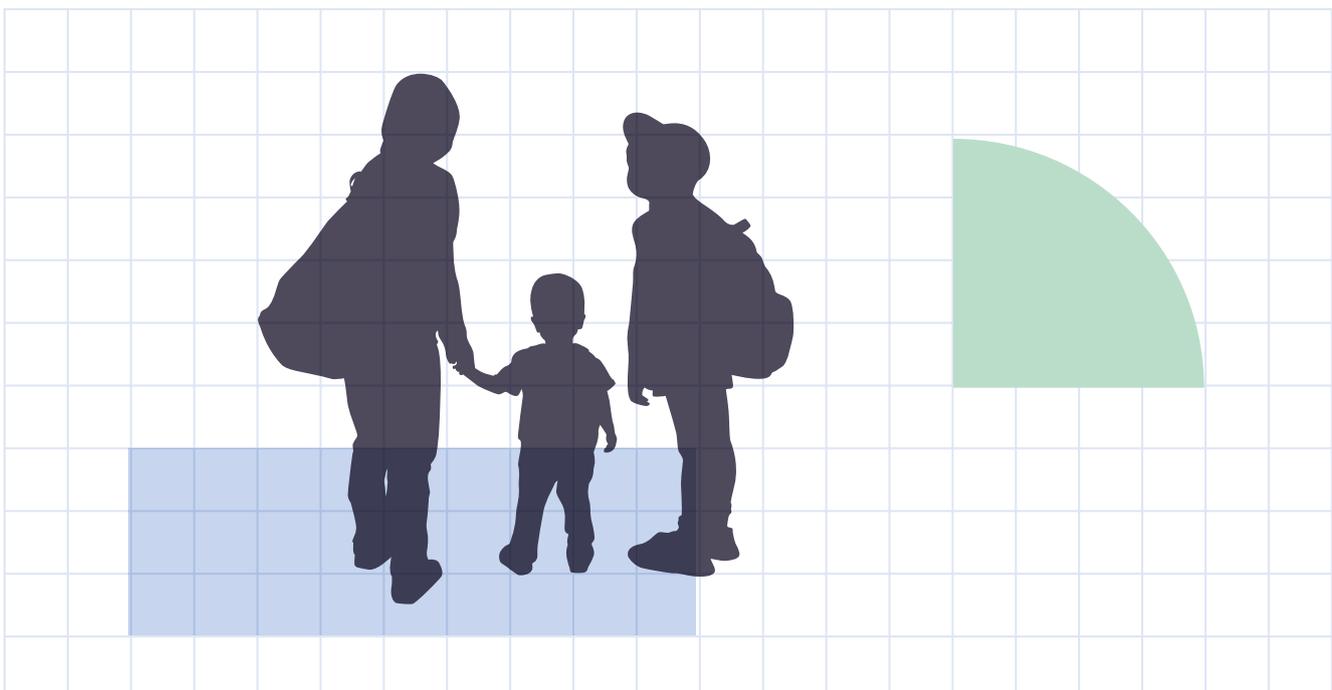
una vez si existía una heterogeneidad no explicada entre los estudios indicada por un valor de I² superior al 50%. En cambio, los estudios observacionales (transversales) partían de inicio de una calificación «baja», y se iba incrementando al valorar los factores que reforzaban la base de datos probatorios, como la consistencia entre un gran número de estudios y participantes, la relación dosis-respuesta, o si el efecto persistía a pesar de que existieran factores de confusión que tendieran en sentidos opuestos (56). Para establecer una calificación general de la certidumbre para el conjunto de los resultados se utilizó el Manual para la elaboración de directrices de la OMS de 2014 (2). Este manual afirma a modo de recomendación que, si se cuenta con uno o más resultados críticos, avalados por datos probatorios de una determinada calidad, que permiten apoyar una recomendación, no hay razón para degradar la calificación general de la calidad de los datos probatorios debido a que esa misma recomendación esté respaldada por otro resultado crítico fundamentado en unos datos probatorios de menor calidad.

En el caso de los estudios cualitativos, se utilizó el enfoque GRADE-CERQual (GRADE Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research, es decir, confianza en los datos probatorios obtenidos de las revisiones de investigaciones cualitativas) para determinar el grado de confianza atribuible a las conclusiones generales (57,58).

3.4.5 Formulación de la recomendación

Una vez identificados y sintetizados los datos probatorios obtenidos de la revisión sistemática, y tras evaluar su calidad, el GDG, con el apoyo del Grupo Directivo, aplicó el método GRADE para considerar los factores específicos que podían afectar a la recomendación, a su intensidad y a su dirección. Para pasar de los datos probatorios a las recomendaciones se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: la calidad o certidumbre de los datos probatorios, el balance entre beneficios y daños, los valores y preferencias, las consecuencias en materia de recursos, la prioridad del problema, la equidad y los derechos humanos, y la aceptabilidad y viabilidad (2,59). A fin de ayudar a estructurar y documentar el debate del GDG, se generaron cuadros para pasar de los datos probatorios a las decisiones, donde se destacaron los factores que influirían en la dirección y la intensidad de las posibles recomendaciones.

Por lo general, tal como se expuso previamente, las recomendaciones sin reservas de la OMS se basan en unos datos probatorios cuyo grado de certidumbre es entre moderado y alto, dependiendo de los demás factores que se tengan en cuenta (2). Formular una recomendación sin reservas basada en datos probatorios de certidumbre baja o muy baja sería un hecho inusual, y requeriría una justificación especial (2).



3.5 Elaboración del catálogo y del compendio de intervenciones

Para analizar la pregunta clave 3, referente al contenido de los SSE integrales en diversos contextos, se realizaron varias actuaciones. Entre ellas, cabe citar una amplia revisión de los procedimientos y actividades de los servicios de salud para el grupo de población de entre 5 y 19 años publicados a nivel mundial por la OMS, una encuesta de expertos a escala mundial, la categorización y priorización de las intervenciones por parte del GDG y la elaboración de un compendio y un catálogo de intervenciones. A continuación se describe cada una de estas actuaciones.

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

Para llevar a cabo la revisión de los procedimientos y actividades de los servicios de salud para el grupo de población de entre 5 y 19 años se utilizaron los motores de búsqueda en línea de la OMS y se buscó en las listas de publicaciones de los sitios web de los departamentos y en otras recopilaciones de recomendaciones de la Organización. En total, se revisaron 342 publicaciones mundiales recientes de la OMS y páginas web de recomendaciones de la Organización para evaluar su posible pertinencia para los SSE, y se utilizó parte del contenido de 149 de esas publicaciones para elaborar una lista maestra de 531 procedimientos o actividades de los servicios de salud que resultaban pertinentes para el grupo de población de entre 5 y 19 años. Entre esas publicaciones figuraban directrices mundiales, estrategias, normas relativas a la calidad de la atención, y documentos de orientación sobre la salud de los adolescentes, la salud escolar y afecciones específicas. En la lista resultante de actuaciones y procedimientos había recomendaciones formales incluidas en directrices que habían sido aprobadas por el GRC de la OMS, así como otras intervenciones publicadas, como las definidas como intervenciones basadas en datos probatorios, declaraciones de prácticas óptimas, declaraciones de buenas prácticas, actuaciones clave, áreas clave para la programación, actuaciones prioritarias, áreas de calidad, declaraciones sobre calidad, recomendaciones y normas. Si bien la mayor parte de los procedimientos y actividades recopilados se citaron textualmente en la lista compilada, en algunos casos se refundieron a partir de un gran número de recomendaciones extensas y muy específicas de la OMS a fin de definir procedimientos o actividades de carácter breve y combinado.

Además, en esta revisión se incluyó un informe mundial de la OMS inédito, en concreto el borrador de febrero de 2019 del catálogo de intervenciones de la CSU de la OMS, que en aquel momento estaba en fase de elaboración.

A principios de 2019, se fusionó la lista provisional de procedimientos y actividades con un catálogo provisional de intervenciones de la CSU dirigidas a niños y adolescentes que se estaba elaborando de forma simultánea en la OMS. La lista extensa resultante fue consolidada a fin de obtener una lista breve que iba a ser revisada por el GDG. En una reunión de mayo de 2019, el GDG refinó aún más la lista breve para elaborar una lista definitiva de 86 intervenciones para que fuera incluida en una encuesta mundial sobre la opinión de los expertos acerca de los SSE.

3.5.2 Encuesta mundial sobre la opinión de los expertos acerca de los SSE

3.5.2.1 Participantes en la encuesta

El conjunto de los expertos en SSE se determinó de las siguientes formas: a) mediante búsquedas en PubMed y en las bases de datos regionales del Index Medicus; y b) seleccionándolos de entre los miembros del Grupo Directivo y del GDG, de entre otras personas que habían sido designadas como posibles miembros del GDG y de entre las personas propuestas por los miembros del Grupo Directivo o del GDG.

3.5.2.2 Proceso de la encuesta

Entre julio y agosto de 2019, 442 expertos participaron en la encuesta mundial en línea, que se centró en valorar, para cada una de las 86 intervenciones, si su inclusión en los SSE era adecuada en términos relativos. En concreto, para cada intervención, se preguntó a los encuestados si era esencial, muy adecuada, adecuada o inadecuada para los SSE, bien en cualquier lugar o solo en determinadas zonas geográficas. Además, los encuestados tenían la opción de indicar otras intervenciones que considerasen esenciales para los SSE. El cuestionario estaba disponible en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso.

Los encuestados pertenecían a 81 nacionalidades distintas y dos tercios de ellos (63%) tenían un título de doctorado o profesional. En el anexo G se detallan otras características sociodemográficas declaradas por los propios encuestados.

3.5.2.3 Resultados de la encuesta

Todas las intervenciones enumeradas en el cuestionario obtuvieron respuestas mayoritariamente favorables, y la gran mayoría de los encuestados consideraron casi todas las 86 intervenciones entre adecuadas y esenciales para los SSE.

Varias intervenciones de promoción de la salud y educación para la salud obtuvieron la clasificación general más alta como «**esenciales para los SSE en cualquier lugar**». Ello indica que los encuestados consideraron muy importante que los trabajadores sanitarios desempeñaran estas funciones en el entorno escolar, si bien este patrón podría haberse visto reforzado por el sesgo en el orden de las respuestas. Las intervenciones clínicas más valoradas como «**esenciales para los SSE en cualquier lugar**» pertenecían a las áreas de inmunización y administración masiva de medicamentos, cribado, evaluación y atención general. Asimismo, las otras 378 intervenciones que los encuestados propusieron como esenciales para su inclusión en los SSE pertenecían mayoritariamente a las áreas de educación para la salud, de otros aspectos de las EPS, y del cribado y la atención de las afecciones no transmisibles.

El anexo G describe con más detalle la metodología y los resultados de la encuesta mundial sobre la opinión de los expertos.

3.5.3 Priorización y categorización de las intervenciones por parte del GDG

En su reunión de octubre de 2019, el GDG elaboró una lista definitiva de 94 intervenciones que fueron categorizadas para su posible inclusión en los SSE. Este procedimiento incluyó varias actuaciones, entre ellas las siguientes.

1. **Un examen de los resultados de la encuesta de expertos:** ninguna de las intervenciones incluidas en el cuestionario de la encuesta enviada a los expertos en SSE fue considerada inadecuada para esos servicios por más del 14% de los encuestados. De acuerdo con la categorización más generalizada de cada intervención, 62 de las 86 intervenciones (72%) fueron consideradas por los encuestados como «**esenciales para los SSE en cualquier lugar**». El GDG consideró prometedores los resultados de la encuesta, al sugerir que todas las intervenciones podían tenerse en cuenta para su inclusión en las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. Sin embargo, el GDG también observó que esta circunstancia planteaba un problema, ya que al reflejar los resultados unas valoraciones tan extremadamente positivas orientaban poco acerca de cómo priorizar las intervenciones para su posible inclusión en los SSE.
2. **La consideración de las conclusiones obtenidas a partir de la revisión de las intervenciones de los servicios de salud de la OMS a nivel mundial:** el GDG también examinó las conclusiones preliminares obtenidas de la revisión de las intervenciones de los servicios de salud de la OMS a nivel mundial para el grupo de población de entre 5 y 19 años. Tanto los datos probatorios detallados como las categorizaciones amplias de las fuentes de la OMS que se habían derivado de esta revisión se tuvieron en cuenta en los debates sobre la categorización de las intervenciones como esenciales, adecuadas o inadecuadas para su inclusión en los SSE, en función de la ubicación.
3. **Ejercicios de priorización:** basándose en los resultados de la encuesta y de la revisión anteriores, así como en su propia experiencia y conocimientos, el GDG llevó a cabo un ejercicio para priorizar las intervenciones de los SSE. En primer lugar, dos subgrupos del GDG revisaron, clasificaron y categorizaron de forma independiente las 86 intervenciones que abordaba la encuesta. También tuvieron en cuenta las intervenciones que los encuestados indicaron por escrito, y valoraron si se debía ampliar la lista provisional de 86 intervenciones. Cada subgrupo debatió ampliamente hasta llegar a un consenso acerca de las intervenciones que debían incluirse en la lista y sobre su categorización como esenciales, adecuadas o inadecuadas para los SSE, en función de la ubicación. A continuación, ambos subgrupos debatieron y resolvieron las diferencias por consenso en una sesión plenaria. Los resultados generales fueron similares a los de la encuesta, ya que el GDG definió 65 de las 86 intervenciones (76%) como «**esenciales para los SSE en cualquier lugar**». Además, el GDG acordó añadir 8 nuevas intervenciones a la lista para crear un listado definitivo de 94 intervenciones, que fueron categorizadas así:
 - 71, como «**esenciales para los SSE en cualquier lugar**»;
 - nueve, como «**adecuadas para los SSE en cualquier lugar**»;
 - siete, como «**esenciales**» o «**adecuadas**» *solo para los SSE de determinados contextos geográficos*; y
 - siete como «**inadecuadas para los SSE en cualquier lugar**».

4. **Una nueva categorización de las intervenciones por área de salud y por tipo de actividad de los SSE:** el GDG realizó otras actuaciones dividido en subgrupos para clasificar las 87 intervenciones esenciales o adecuadas en 7 tipos de actividades de salud (véase la sección 3.2), a saber: promoción de la salud, educación para la salud, cribado, intervenciones preventivas, evaluación clínica, gestión de los servicios de salud y respaldo a otros pilares de las EPS. Además, clasificó estas intervenciones en 7 áreas de salud (véase la sección 3.2), en concreto: salud y desarrollo positivos; traumatismos no intencionales; violencia; salud sexual y reproductiva, incluido el VIH; enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física; y salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas. Se añadió una octava categoría para abarcar las intervenciones generales/transversales.

3.5.4 Diseño y finalización del catálogo y del compendio de intervenciones

El GDG propuso que las 87 intervenciones esenciales o adecuadas se organizaran en un catálogo esquemático para que los gobiernos nacionales las tuvieran en cuenta a la hora de desarrollar o perfeccionar los SSE de sus respectivos países. Este catálogo debería ofrecer una panorámica general de cada intervención indicando el área de salud, el

tipo de actividad sanitaria, la fuente de la OMS y la categorización definitiva por parte del GDG como esencial o adecuada para su inclusión en los SSE, en función de la ubicación. En el recuadro 3 se explican las diferentes categorías de «fuente de la OMS» utilizadas en estas Directrices.

Además, el GDG dio instrucciones a la OMS para que el catálogo esquemático estuviera vinculado a un compendio donde se indicaran las fuentes de la OMS y se detallaran los procedimientos o actividades publicados por la Organización para cada una de las 87 intervenciones que se habían considerado esenciales o adecuadas. Al igual que el catálogo, el compendio fue utilizado por el GDG como información de referencia para estudiar la posible categorización de las intervenciones de los SSE cuando se elaboraban estas Directrices, pero también se pretendía incluirlo en ellas como un recurso dirigido a los gobiernos nacionales y sus asociados.

En noviembre de 2019, se llevó a cabo una nueva revisión específica de los documentos de orientación mundiales de la OMS a fin de actualizar la revisión bibliográfica realizada en febrero del mismo año. Esta revisión final sirvió para aclarar las fuentes de la OMS de las intervenciones en los casos necesarios, y dio lugar a la lista definitiva de 531 procedimientos o actividades de los servicios de salud que aportan datos probatorios al catálogo y al compendio de 87 intervenciones.

Recuadro 3. Cómo interpretar las fuentes de la OMS de las intervenciones

Para estudiar cómo categorizar las intervenciones para su inclusión en los SSE, el GDG se basó en múltiples fuentes de información, entre ellas su propia experiencia y sus debates, la encuesta a los expertos y la revisión de la información publicada sobre cada intervención en los documentos de orientación mundiales de la OMS. La revisión de 149 publicaciones mundiales de la OMS dio lugar a la identificación de 531 procedimientos y actividades de los servicios de salud dirigidos al grupo de población de entre 5 y 19 años. Aunque el GDG revisó esta información minuciosamente en su proceso de toma de decisiones, también solicitó disponer de una descripción general de la misma, según se indica a continuación.

1. En primer lugar, se consideró que una publicación mundial de la OMS estaba aprobada por el GRC si en ella se detallaba el proceso seguido para obtener esa aprobación y/o figuraba en una lista de publicaciones aprobadas por el GRC dentro de alguna recopilación de la OMS.
2. En segundo lugar, se consideró que una intervención tenía:
 - el «pleno respaldo del GRC» si todos los aspectos de esa intervención estaban respaldados por unas directrices aprobadas por el GRC;
 - el «respaldo parcial del GRC» si algunos aspectos de la intervención, pero no todos ellos, estaban respaldados por unas directrices aprobadas por el GRC (además,

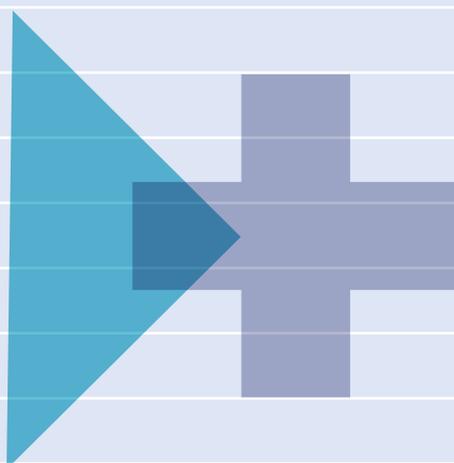
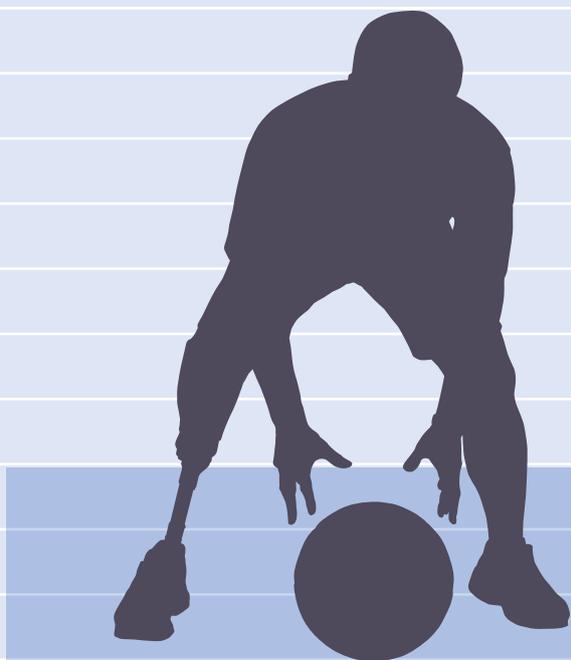
podía suceder que algunos o todos los aspectos de la intervención contaran con el respaldo de «otras publicaciones de la OMS»); u

- «otro respaldo de la OMS» si algunos aspectos de la intervención, o todos ellos, estaban respaldados por otras publicaciones mundiales de la OMS (es decir, publicaciones que no habían sido sometidas al proceso de aprobación del GRC); o bien que era una intervención
- «sin respaldo de la OMS» si en las publicaciones mundiales de la OMS no se había hallado ningún procedimiento ni actividad que le brindara respaldo, o si en alguna recomendación aprobada por el GRC se indicaba de forma específica que esa intervención no se debía llevar a cabo.

El concepto de «fuente de la OMS» es una forma novedosa de categorización, y no tiene carácter de norma probatoria. Las recomendaciones que figuran en las directrices aprobadas por el GRC están asociadas a datos probatorios con distintos grados de certidumbre, de modo que con la expresión «fuente de la OMS» no se indica la calidad ni la solidez de esos datos. A lo largo de estas Directrices y de sus anexos y apéndices se citan publicaciones de la OMS para que los lectores puedan consultarlas directamente a fin de informarse sobre la solidez y la calidad de los datos probatorios relativos a intervenciones concretas.

Capítulo 4

Recomendación



4.1 Recomendación, justificación y consideraciones para la implementación

El recuadro 4 muestra la recomendación, la justificación, el resumen de los dictámenes para pasar de los datos probatorios a la decisión y las consideraciones para la implementación.

Recuadro 4. Recomendación, justificación, resumen de los dictámenes para pasar de los datos probatorios a la decisión y consideraciones para la implementación

Recomendación

Deberían implementarse servicios de salud escolar integrales.

Intensidad de la recomendación: sin reservas

Certidumbre de los datos probatorios: moderada

Justificación: esta recomendación se formula sin reservas porque:

- todos los datos probatorios apuntan sistemáticamente en una dirección beneficiosa, incluidos los relativos a la aceptabilidad y la equidad.
- los datos probatorios sugieren que los SSE bien implementados aportarán beneficios duraderos a los alumnos.
- el grado de certidumbre general de los datos probatorios de las revisiones sistemáticas se calificó de moderado. El conjunto total de los datos probatorios tenía un grado de certidumbre entre moderado y bajo por lo que respecta a los resultados críticos, pero muchos de los estudios eran extensos y diversos en términos de zonas geográficas y de tipos de resultados de salud evaluados. Es importante señalar que, según las estimaciones, los efectos de todos los resultados críticos apuntaban a favor de los SSE integrales: algunos efectos apuntaban muy a favor en términos estadísticos, y no se percibieron indicios de daños claros. En consecuencia, el GDG estimó que el grado general de certidumbre de los datos probatorios era moderado.
- aunque en los países de ingreso mediano bajo no se disponía de estudios que ofrecieran

datos probatorios de certidumbre alta, los estudios observacionales que se llevaron a cabo en dichos países también pusieron de manifiesto la existencia de beneficios, y no detectaron daños significativos.

- las escuelas ofrecen una oportunidad de amplio alcance y relativamente sencilla que es obligatorio aprovechar para hacer llegar a los niños y adolescentes los servicios integrales de salud que necesitan.

Resumen de los dictámenes emitidos por el GDG para pasar de los datos probatorios a la decisión

1. ¿Supone el problema una prioridad? -> Sí
2. ¿Cuál es la importancia de los beneficios? -> **Moderada**
3. ¿Cuál es la importancia de los daños? -> **Incierta o pequeña**
4. ¿Cuál es el grado general de certidumbre de los datos probatorios? -> **Moderado**
5. ¿Cuál es el balance entre los beneficios y los daños? -> **Favorable a los SSE**
6. ¿Valoran los alumnos los SSE integrales? -> **Existe una variabilidad importante y posiblemente una incertidumbre importante**
7. ¿Qué recursos se necesitan (costos)? -> **Son variables**
8. ¿Qué grado de certidumbre tienen los datos probatorios relativos a los costos? -> **Muy bajo**
9. ¿Cuál es la relación costo-eficacia de los SSE integrales? -> **Es favorable a los SSE**
10. ¿Cómo se verá afectada la equidad sanitaria? -> **Aumentará**
11. ¿Gozan de aceptación los SSE entre todas las partes interesadas? -> **Probablemente sí**

Recuadro 3. Cont.

12. ¿Es viable la implementación de los SSE? → Sí, aunque depende de cada caso

Consideraciones para la implementación

- Esta recomendación hace referencia a los SSE integrales dotados de los recursos adecuados y bien implementados.
- La implementación de los SSE se debe ajustar a los criterios de calidad, fidelidad y durabilidad a largo plazo. Las consecuencias referentes a los recursos se deben identificar, examinar y atender de forma adecuada.
- En la práctica, la forma de implementar los servicios variará de uno a otro caso. En algunos entornos, puede ser difícil, e incluso aún inviable,

poner en práctica unos SSE integrales similares a los que, según las revisiones sistemáticas realizadas, se evaluaron en los estudios controlados llevados a cabo en países de ingresos altos. Es posible que para lograrlo se necesiten importantes aportaciones en términos de recursos, tiempo y liderazgo. No obstante, es posible que en muchos países de ingreso mediano bajo ya se puedan implementar algunos elementos de los SSE integrales, aunque aún no sea posible implementarlos todos.

- Es fundamental proteger la confidencialidad de los alumnos, y por otro lado, los trabajadores sanitarios escolares también están obligados a evitar posibles discriminaciones o estigmatizaciones contra dichos alumnos.

El GDG observó que, hasta ese momento, la investigación sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE había sido limitada (por ejemplo, se había llevado a cabo principalmente en países de ingresos altos), de modo que el grado de certidumbre o calidad de los datos probatorios era moderado. El GDG tuvo en cuenta el grado de certidumbre moderado de los datos probatorios, junto con otros factores (como el balance entre beneficios y daños, los valores y preferencias, las consecuencias en materia de recursos, la prioridad del problema, la equidad y los derechos humanos, la aceptabilidad y la viabilidad), a la hora de valorar la solidez de los datos probatorios (por ejemplo, todos los datos probatorios de los países de ingresos altos y de ingreso mediano bajo apuntan sistemáticamente en una dirección beneficiosa). Todos estos factores contribuyeron a que el GDG formulara la recomendación sin reservas de implementar SSE integrales. En otras palabras:

- una recomendación sin reservas indica la confianza del GDG en que los efectos deseables de los SSE integrales superan las posibles consecuencias indeseables; y

- un grado de certidumbre moderado de los datos probatorios significa que el GDG tenía una confianza moderada en la estimación del efecto provocado, es decir, que creía probable que el efecto real fuera parecido al estimado, pero existía la posibilidad de que fuera sustancialmente distinto (2).

La sección 4.2 muestra un breve resumen de los datos probatorios relativos a esta recomendación, y la sección 4.3 ofrece una descripción general del proceso para pasar de los datos probatorios a la decisión que fundamentó esa recomendación. El anexo E presenta unos resúmenes de datos probatorios más detallados procedentes de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales. El anexo F describe los perfiles de los datos probatorios del método GRADE e incluye los cuadros relativos al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones; nótese que los cuadros referentes al método GRADE están incluidos dentro de los cuadros relativos al paso de los datos probatorios a la toma de decisiones.

4.2 Resumen de los datos probatorios

La principal fuente de datos probatorios de las revisiones sistemáticas fueron 18 estudios con diseños de investigación de alta calidad. Ninguna de las revisiones sistemáticas identificadas en la búsqueda abordaba directamente las preguntas a analizar, de modo que solo se utilizaron para comprobar que las búsquedas habían detectado todos los estudios primarios admisibles. No se encontró ningún estudio controlado aleatorizado admisible.

De los 18 estudios controlados, 11 abordaban la eficacia, 8 los resultados económicos y 4 la aceptabilidad (había 5 estudios que abordaban dos de estos resultados: eficacia y economía ($n = 2$), y eficacia y aceptabilidad ($n = 3$)).

Dado que todos estos datos probatorios correspondían a países de ingresos altos, también se incluyeron otros datos de estudios observacionales de países de ingreso mediano bajo, de manera que se añadieron otros 19 estudios (11 cuantitativos y 8 cualitativos). De los 19 estudios observacionales de países de ingreso mediano bajo, 2 abordaban la eficacia (uno era cuantitativo y otro cualitativo), ninguno los resultados económicos y 18 la aceptabilidad (un estudio abordaba la eficacia y la aceptabilidad).

En el cuadro F.1 del anexo F se muestra el resumen de los datos probatorios presentados al GDG. A continuación se describen con más detalle.

4.2.1 Eficacia

4.2.1.1 Resultados críticos sobre la eficacia

De los 11 estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada de alta calidad que ofrecían resultados sobre la eficacia (todos ellos habían sido realizados en países de ingresos altos), siete informaban acerca de al menos un resultado crítico sobre la eficacia, mientras que los demás solo lo hacían sobre resultados importantes. Todos los estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada que se pudieron evaluar con el método GRADE se habían realizado en países de ingresos altos. En concreto, dos estudios realizados en los Estados Unidos (número total de participantes 2762, $RP = 0,48$ (IC de 95%: 0,31 - 0,73; $p = 0,0006$); sin heterogeneidad; $I^2 = 0\%$) ofrecían datos probatorios de solidez moderada que indicaban que los SSE

mejoraban los resultados críticos sobre la eficacia referentes a las visitas a los servicios de urgencias por asma: según estos datos, los alumnos que asisten a escuelas que disponen de SSE integrales tienen menos posibilidades de realizar visitas a los servicios de urgencias por asma que los alumnos que asisten a las escuelas que carecen de esos servicios (60,61). Asimismo, se contaba con datos probatorios de solidez muy baja sobre las ausencias y la asistencia a la escuela (3 estudios de los Estados Unidos con 6664, 3181 y 2305 participantes, 12 150 en total, $RP = 0,78$ (IC de 95%: 0,69 - 0,87; $p < 0,0001$)) que contrastaban el riesgo de ausencia escolar entre los alumnos que disponían de SSE y los que no disponían de esos servicios (heterogeneidad sustancial; $I^2 = 64\%$) (61-63). La heterogeneidad entre los resultados de los estudios puede deberse a que uno abarcó niños desde preescolar hasta el octavo curso (hasta aproximadamente los 14 años), mientras que el otro abarcó de los 12 años a más de 18.

Un estudio observacional realizado en Turquía con solo 31 participantes ofrecía datos probatorios de muy baja solidez sobre los beneficios que aportaban los SSE integrales en términos de ausencias escolares y progreso académico (64).

4.2.1.2 Resultados críticos sobre la eficacia económica

Los ocho estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada de alta calidad que informaban sobre resultados económicos se habían realizado en países de ingresos altos. Concretamente, siete estudios llevados a cabo en los Estados Unidos informaban sobre al menos un resultado económico crítico, mientras que el octavo, realizado en el Japón, lo hacía sobre la disposición a pagar.

Cuatro estudios realizados en los Estados Unidos aportaban datos probatorios de solidez moderada de que los SSE integrales ahorran costos; el número total de participantes en esos estudios fue de 7704 (273, 109, 6664 y 658 respectivamente) (61,62,65,66).

Otros tres estudios realizados en los Estados Unidos (5056, 1430 y 477 163 participantes; 483 649 en total) expusieron los costos y beneficios observados (67-69).

4.2.1.3 Resultados importantes sobre la eficacia

De los 11 estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada que ofrecían resultados sobre la eficacia (todos ellos realizados en países de ingresos altos), 5 informaban acerca de, al menos, un resultado importante en esta materia. De los estudios que se pudieron evaluar con el método GRADE, un estudio realizado en los Estados Unidos con 1994 participantes presentaba datos probatorios de solidez moderada sobre la mejora que aportaban los SSE en los resultados importantes sobre la eficacia en términos del número de alumnos que habían declarado haber portado un arma (RP = 0,68 (0,53 - 0,88)), haber participado en alguna pelea (RP = 0,73 (IC de 95%: 0,60 - 0,88)), haber mantenido relaciones sexuales en alguna ocasión (RP = 0,75 (IC de 95%: 0,63 - 0,90)), haber practicado ejercicio al menos cuatro veces a la semana (RP = 1,21 (IC de 95%: 1,02 - 1,45)) y haber consumido en alguna ocasión alcohol (RP = 0,63 (IC de 95%: 0,52 - 0,76)) o marihuana (RP = 0,63 (IC de 95%: 0,52 - 0,76)), y de la capacidad de respuesta de los SSE a una necesidad insatisfecha (RP = 1,75 (IC de 95%: 1,46 - 2,09)) (70).

Otros resultados importantes procedentes de estudios controlados no aleatorizados que no se pudieron evaluar con el método GRADE fueron la observación de un número relativamente bajo de quejas sobre la salud y de una mejora relativa de la calidad de vida y del compromiso de la escuela (65,71,72).

Un estudio observacional cuantitativo muy limitado, realizado con solo 31 participantes en un país de ingreso mediano bajo, proporcionó datos probatorios de solidez muy baja sobre los beneficios que aportaban los SSE integrales en términos de calidad de vida (64).

En cuanto a los datos cualitativos de países de ingreso mediano bajo, al aplicar el enfoque GRADE CERQual se observó que los datos probatorios sobre la existencia de políticas relativas a los SSE generaban poca confianza. Un estudio realizado con 30 trabajadores sanitarios reveló que no existían planes escritos que orientaran la labor sobre SSE en la región de la República Unida de Tanzania objeto del análisis (73).

4.2.2 Aceptabilidad

4.2.2.1 Resultados críticos sobre la aceptabilidad

Todos los estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada se habían realizado en países de ingresos altos. Los estudios que evaluaron la aceptabilidad de los SSE integrales ofrecieron datos probatorios de solidez moderada acerca de una mejora que aportaban los SSE en el resultado crítico sobre la aceptabilidad en términos de satisfacción de los usuarios en países de ingresos altos (74,75).

Los estudios observacionales (transversales) de países de ingreso mediano bajo sobre la

aceptabilidad de los SSE integrales se habían llevado a cabo en Egipto y Túnez (2 estudios: 1121 y 625 participantes; 1746 en total) (76,77). Estos estudios sugerían que el grado de satisfacción de los usuarios de estos países con sus SSE era inferior al de los usuarios de países de ingresos altos, aunque no se disponía de información sobre cuál hubiera sido su satisfacción con cualquier alternativa viable, o sin esos servicios.

4.2.2.2 Resultados importantes sobre la aceptabilidad

Todos los estudios con diseños de investigación controlada no aleatorizada que evaluaron la aceptabilidad de los SSE integrales e informaban acerca de al menos un resultado importante en esta materia se realizaron en países de ingresos altos. Según estos estudios, existían datos probatorios de solidez moderada sobre una mejora que aportaban los SSE con respecto a la confidencialidad (1 estudio realizado en los Estados Unidos con 2076 participantes; RP = 2,45 (2,04 - 2,95)) (74). Existían datos probatorios de solidez baja sobre el acceso a los servicios de salud (alumnos que disponen de un prestador regular de atención de salud: 2 estudios realizados en los Estados Unidos: 2076 y 1994 participantes, respectivamente, 4070 en total; RP = 1,33 (1,15 - 1,54)) (70,74).

Los diez estudios observacionales (transversales) realizados en países de ingreso bajo y mediano que abordaban resultados importantes sobre la aceptabilidad mostraban datos variables acerca del acceso a los SSE cuando se medía en términos de su utilización (4 estudios realizados en Egipto, la India, México y Sudáfrica con 1577, 360, 3005 y 830 participantes, respectivamente; 5772 en total) (78-81). Este acceso mostraba valores muy dispares, ya que en un estudio casi todos los alumnos (97%) recurrían a los SSE, y en otro solo el 5% de los adolescentes solicitaban atención de salud a través de un dispensario escolar.

Un estudio observacional (transversal) realizado en Túnez con 625 participantes apuntaba a que los alumnos estaban descontentos con la confidencialidad, la comunicación, el respeto y el tiempo que les dedicaban los trabajadores sanitarios (77).

Tres estudios observacionales (transversales) de países de ingreso mediano bajo reflejaban resultados variables en cuanto a la satisfacción de los proveedores u otros profesionales (148, 720 y 60 participantes, respectivamente; 928 en total):

- en el primer estudio, realizado en el Iraq, la valoración general de los directores de escuela fue «satisfecho en cierta medida» (82);
- en el segundo, realizado en Turquía, 337 (93,6%) profesores de escuelas privadas y 338 (93,9%) profesores de escuelas públicas consideraron que se necesitaba personal de enfermería escolar (83); y

- en el tercero, llevado a cabo en la República Islámica del Irán, los porcentajes de participantes (formadores sanitarios, gestores de formación y profesores de escuelas primarias) que estaban de acuerdo en que se cumplían las normas eran los siguientes: el 94%, con respecto a las funciones de primeros auxilios y cribado a cargo del personal de enfermería; el 69%, con respecto a las consultas con colegas, compañeros y consultores de salud mental; el 72%, con respecto a la educación para la salud; el 76%, con respecto al diagnóstico; y el 62%, con respecto a la gestión conjunta de la planificación sanitaria y los planes educativos; pero solo el 39% con respecto al uso de un sistema de evaluación adecuado para los planes orientados a los alumnos, los padres y el personal (84).

En un estudio observacional (transversal) realizado en un país de ingreso mediano bajo se señalaba como problema clave la falta de competencia del personal de enfermería de las escuelas primarias en materia de salud sexual (un estudio realizado en la República de Corea con 595 participantes) (85).

4.2.2.3 Conclusiones sobre la aceptabilidad en términos cualitativos

Los estudios cualitativos reflejaban una confianza moderada en los datos probatorios que indicaban que los usuarios estaban satisfechos con los SSE. Esta afirmación se basa en 3 estudios que determinaron las opiniones de 20 profesionales de enfermería escolar en Sudáfrica (86), 44 adolescentes en el Brasil (87) y 21 profesionales sanitarios y gestores

también en el Brasil (88) (85 personas en total). Como atributos particulares de los SSE se destacó que eran integrales, convenientes y necesarios, y que ofrecían la oportunidad de recibir información y aprendizaje que podían ayudar a mantener la salud. Además, uno de los estudios realizados en el Brasil señalaba que algunos de los alumnos usuarios percibían esos servicios como una «bendición» que les inspiraba gratitud (87).

La síntesis de los datos cualitativos obtenidos de países de ingreso mediano bajo también mostraba una confianza moderada en los datos probatorios sobre la viabilidad de implementar SSE (7 estudios con un total de 157 participantes). Cuatro de esos estudios se realizaron en el Brasil, y en ellos se evaluaron las opiniones de 15 profesionales de enfermería de atención primaria de salud (89), 39 profesores, gestores y profesionales sanitarios (90), 10 profesores (91) y 21 profesionales sanitarios y gestores (87). Otro de esos estudios, realizado con 30 trabajadores sanitarios, tuvo lugar en la República Unida de Tanzania (80), mientras que los dos restantes se llevaron a cabo en Sudáfrica y evaluaron las opiniones de 20 profesionales de enfermería escolar (86) y de 22 prestadores de atención de salud (92). Los posibles beneficios de los SSE que se indicaban en los 7 estudios eran la detección de problemas de salud, por ejemplo, dentales, visuales y nutricionales (incluida la obesidad), de retrasos en la vacunación y de situaciones de riesgo social, así como la integración de la salud, la escuela y la familia.

4.3 Proceso para pasar de los datos probatorios a la decisión

En su reunión de abril de 2020, el GDG analizó las conclusiones obtenidas de las revisiones sistemáticas. En los casos en que no había datos probatorios para evaluar los criterios incluidos en los cuadros para pasar de los datos probatorios a la decisión, se tomó nota de ello y se pidió a los miembros del GDG que fundamentaran sus observaciones en su opinión de expertos. Basándose

en los datos probatorios obtenidos de las revisiones sistemáticas y en sus propias opiniones de expertos, cada subgrupo del GDG emitió dictámenes independientes sobre cada una de las preguntas, como se resume en el cuadro 5, donde también se muestra la orientación general y los puntos principales de los debates del grupo antes de emitir los dictámenes.

Cuadro 5. Cuadro relativo al paso de los datos probatorios a la decisión referente a la recomendación sobre los SSE: preguntas, dictámenes emitidos por cada subgrupo del GDG y justificaciones

Preguntas referentes a la salud de los niños y adolescentes en edad escolar y/o a los SSE	Dictamen emitido por el GDG	
	Subgrupo 1	Subgrupo 2
1. ¿Supone el problema una prioridad?	Sí	Sí
Justificación: la Convención sobre los Derechos del Niño prevé el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (93). Los ODS también respaldan este planteamiento; por ejemplo, instan a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ODS 3), a reducir la desigualdad en y entre los países (ODS 10) y a construir instituciones eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles (ODS 16). Además, es sabido que los adolescentes padecen una situación grave de falta de satisfacción de sus necesidades sanitarias, entre ellas las relacionadas con la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Los problemas que surgen durante la segunda década de la vida afectan a la salud y al desarrollo posteriores (4,16). Además del reconocimiento de la salud de los niños y los adolescentes como una prioridad a nivel mundial, algunos países (por ejemplo, los Estados Unidos) también han declarado como prioridad nacional apoyar la salud y la educación de los estudiantes, y han fijado prioridades concretas a este respecto, como la reducción de los suicidios entre los jóvenes.		
2. ¿Cuál es la importancia de los beneficios?	Moderada	Moderada
Justificación: a través de las revisiones sistemáticas de los estudios controlados se encontraron datos probatorios de los beneficios que aportan los SSE integrales en los resultados críticos sobre la eficacia en términos de reducción de la planificación de suicidio (1 estudio; 1994 participantes), la hospitalización por asma (1 estudio; 273 participantes), las visitas a los servicios de urgencias por asma (5 estudios; 17 166 participantes en total), las ausencias y la asistencia a la escuela (3 estudios; 12 150 participantes en total) y el progreso académico (1 estudio; 2305 participantes). Algunos de estos resultados son críticos (como la reducción de la planificación de suicidio). Según el dictamen emitido, la importancia de los beneficios era «moderada» porque algunos de ellos se basaban en un solo estudio y dado que entonces había pocos datos probatorios fundamentados en las experiencias de los países de ingreso mediano bajo. El GDG señaló que los beneficios obtenidos en este grupo de países podían ser distintos.		
3. ¿Cuál es la importancia de los daños?	Incierta	Incierta
Justificación: en las revisiones se consideró una amplia gama de resultados críticos e importantes que podrían haber apuntado tanto en la dirección de obtener beneficios como en la de generar daños, pero no se encontraron datos probatorios que apuntaran en esta última dirección. Una posible excepción fue un estudio cualitativo sobre la aceptabilidad de los SSE en un país de ingreso mediano bajo, donde se señalaba que los trabajadores sanitarios del ámbito escolar indicaron que no tenían planes para orientar su trabajo. Además, la ausencia de datos probatorios sobre la generación de daños podría deberse a la falta de mediciones y/o de notificación de posibles daños. Ambos subgrupos evaluaron la posibilidad de calificar la importancia de los daños como «pequeña», «trivial» o «incierta». Asimismo, los dos subgrupos reconocieron que un diseño de SSE intrínsecamente sólido y beneficioso podría resultar perjudicial si se implementaba de forma inadecuada, por ejemplo, en países de ingreso mediano bajo que padecen escasez de recursos, aunque lo mismo podría decirse de cualquier servicio de salud. El subgrupo 1 se decantó finalmente por la opción «incierta» porque algunos estudios no preguntaban concretamente si se podían producir resultados negativos. En cambio, el subgrupo 2 se decantó por la opción «pequeña», aunque señaló la existencia de incertidumbre, sobre todo porque había pocos datos probatorios de países de ingreso mediano bajo.		
4. ¿Cuál es el grado general de certidumbre de los datos probatorios?	Moderado	Moderado
Justificación: los cuadros GRADE presentan cierta variabilidad. Para los resultados críticos, el conjunto de los datos probatorios presentaba un grado de certidumbre que oscilaba entre moderado y bajo. Varios de los resultados se basaban en un solo estudio, y no se habían tenido en cuenta algunos resultados importantes (como la obesidad, las enfermedades transmisibles, la miopía y el abuso de sustancias). Sin embargo, muchos de los estudios eran amplios y diversos en términos de zonas geográficas y tipos de resultados de salud evaluados. Además, la dirección de los efectos apuntaba sistemáticamente hacia el lado de la obtención de beneficios, si bien con pequeñas excepciones, entre ellas un subconjunto de varones con respecto a las ideas de suicidio (estos efectos no eran estadísticamente significativos). Todos estos elementos contribuyeron a que ambos subgrupos del GDG calificaran el grado de certidumbre de los datos probatorios como de «moderado».		

Cuadro 5. Cont.

Preguntas referentes a la salud de los niños y adolescentes en edad escolar y/o a los SSE	Dictamen emitido por el GDG	
	Subgrupo 1	Subgrupo 2
5. ¿Cuál es el balance entre los beneficios y los daños?	Favorable a los SSE	Favorable a los SSE
<p>Justificación: el conjunto de datos probatorios recopilados en las revisiones sistemáticas indicaba que la prestación de servicios podía repercutir de forma beneficiosa en indicadores clave de la salud de los niños y los adolescentes. Una vez más, en las revisiones se consideró una amplia gama de resultados críticos e importantes que podrían haber apuntado tanto en la dirección de obtener beneficios como en la de generar daños, y no se encontraron datos probatorios que apuntaran en esta última dirección, aunque también es posible que la ausencia de datos probatorios sobre la provocación de daños se deba a la falta de mediciones y/o de notificación sobre ella. Los miembros del GDG juzgaron que los datos probatorios eran favorables a los SSE, pero ambos subgrupos señalaron de forma independiente que si esos servicios no se implementaban ajustándose a las normas recomendadas y/o no eran prestados por una persona adecuada, podían producirse daños (por ejemplo, que un profesor responsable de los SSE no hiciera una derivación de la que dependiera salvar una vida, o que un trabajador sanitario no respetara los derechos de un alumno).</p>		
6. ¿Valoran los alumnos los SSE integrales?	Hay posibilidad de incertidumbre o variabilidad importantes	Si hay variabilidad importante
<p>Justificación: según los datos probatorios obtenidos de estudios controlados realizados en países de ingresos altos, los SSE aportan un beneficio en el resultado crítico sobre la aceptabilidad en términos de satisfacción del usuario: confidencialidad (1 estudio; 2076 participantes; RP = 2,45 (IC de 95%: 2,04 - 2,95)); y acceso (alumnos que cuentan con un prestador regular de atención de salud (2 estudios; 4070 participantes en total; RP = 1,33 (IC de 95%: 1,15 - 1,54))). Los 10 estudios transversales realizados en países de ingreso mediano bajo mostraban datos variables acerca del acceso a los SSE (4 estudios; 5772 participantes en total): desde un caso en que casi todos los alumnos (97%) tenían ese acceso, a otro en que solo gozaban de él un 5,4% de los adolescentes. Un estudio transversal realizado en un país de ingreso mediano bajo (625 participantes) reveló que una proporción elevada de alumnos estaban descontentos con la confidencialidad (62%), el respeto a la privacidad (57%), la escucha (85%), la comprensión (83%), el diálogo (82%), el apoyo (79%), la información (51%), la empatía (43%), el respeto (53%) y el tiempo dedicado al examen (71%). Ambos subgrupos del GDG consideraron que los datos probatorios eran escasos, especialmente en los países de ingreso mediano bajo, lo que llevó al subgrupo 1 a responder que «hay posibilidad de incertidumbre o variabilidad importantes». En cambio, el subgrupo 2 consideró que el hecho de haber observado unos resultados tan positivos en los países de ingresos altos permitía afirmar con un cierto grado de certidumbre que la mayoría de los alumnos valoraban los SSE integrales. Sin embargo, este subgrupo consideró que seguía existiendo una variabilidad importante en la prestación de los SSE, lo que a su vez condicionaba la forma en que los alumnos podían valorarlos en la práctica. Por ello, decidió responder que «sí hay variabilidad importante».</p>		
7. ¿Qué recursos se necesitan (costos)?	Son variables	Son variables (por ejemplo, los costos de puesta en marcha y de mantenimiento)
<p>Justificación: esta pregunta no se examinó en las revisiones, y en consecuencia en ellas no se hallaron datos probatorios al respecto. En sus debates, los miembros del GDG plantearon varias cuestiones basándose en su experiencia y sus conocimientos. Señalaron que se podían necesitar relativamente pocos recursos si los profesionales sanitarios especializados participaban en el desarrollo de la capacidad del personal, el control y la supervisión, en lugar de hacerlo en la prestación de servicios. Por ejemplo, en los países de ingreso mediano bajo las necesidades de recursos pueden ser moderadas o incluso bajas si se crea un sistema de repartición de tareas, mientras que en los países de ingresos altos los costos pueden ser relativamente bajos si los SSE consisten en dar acceso a los servicios de salud existentes, y no en crear otros completamente nuevos. Esta serie de factores llevó a ambos subgrupos a determinar que los recursos necesarios «son variables». Por su parte, el subgrupo 2 optó además por subrayar que en la mayoría de contextos probablemente se deberían afrontar unos costos elevados para la puesta en marcha, así como costos de mantenimiento, pero que estos debían evaluarse en términos de relación beneficio-costo.</p>		
8. ¿Qué grado de certidumbre tienen los datos probatorios relativos a los costos?	Muy bajo	Muy bajo
<p>Justificación: en las revisiones se encontraron pocos datos probatorios relativos a los costos, de modo que ambos subgrupos consideraron que su grado de certidumbre era «muy bajo».</p>		
9. ¿Cuál es la relación costo-eficacia de los SSE integrales?	Favorable a los SSE	Favorable a los SSE
<p>Justificación: un total de 4 estudios (7704 participantes en total) ofrecieron datos probatorios de solidez moderada de que los SSE integrales ahorran costos. Tres estudios (483 649 participantes en total) expusieron los costos y beneficios observados. Algunos de los resultados evaluados fueron: la reducción del número de hospitalizaciones, la reducción del número de ausencias, el ahorro de Medicaid y la productividad de los padres. Aunque todos esos estudios estaban basados en países de ingresos altos, ambos subgrupos consideraron que los datos probatorios aportaban argumentos en favor de los SSE.</p>		
10. ¿Cómo se verá afectada la equidad sanitaria?	Aumentará	Aumentará
<p>Justificación: mediante las revisiones se constató que los CSUE de los Estados Unidos ayudaron a los niños y adolescentes afroamericanos de familias con bajos ingresos a recibir una atención de salud que de otro modo no habrían recibido, reduciendo así las posibles desigualdades en materia de atención de salud (67). A partir de la experiencia y los conocimientos conjuntos, ambos subgrupos coincidieron además en señalar que probablemente los SSE aumentarían la equidad sanitaria. El GDG señaló que entre las funciones de los SSE debería figurar, en concreto, la de dedicarse a los niños y adolescentes más vulnerables.</p>		

Cuadro 5. Cont.

Preguntas referentes a la salud de los niños y adolescentes en edad escolar y/o a los SSE	Dictamen emitido por el GDG	
	Subgrupo 1	Subgrupo 2
11. ¿Gozan de aceptación los SSE entre todas las partes interesadas?	Probablemente sí	Probablemente sí
<p>Justificación: los estudios realizados en países de ingresos altos mostraban resultados muy positivos sobre la aceptabilidad de los SSE en términos, por ejemplo, de su utilización por parte de los alumnos, de acceso y de confidencialidad. Tres estudios transversales realizados en países de ingreso mediano bajo ofrecían resultados variables sobre la satisfacción de los prestadores u otros profesionales (928 participantes en total). En un estudio realizado en el Iraq, la valoración general de los directores de escuela fue «satisfecho en cierta medida» (82). En un segundo estudio, llevado a cabo en Turquía, una proporción muy elevada de profesores de escuelas privadas (337 de 360, esto es, el 93,6%) y de escuelas públicas (338 de 360, el 93,9%) consideraban que se necesitaba personal de enfermería escolar (83). En un tercer estudio, realizado en la República Islámica del Irán, los autores indicaban que las normas se cumplían en el 94% de las escuelas, con respecto a las funciones de primeros auxilios y cribado a cargo del personal de enfermería; en el 69%, con respecto a las consultas con colegas, compañeros y consultores de salud mental; en el 72%, con respecto a la educación para la salud; en el 76%, con respecto al diagnóstico, y en el 62%, con respecto a la gestión conjunta de la planificación sanitaria y los planes educativos, pero solo en el 39% con respecto al uso de un sistema de evaluación adecuado para los planes orientados a los alumnos, los padres y el personal (84). El GDG analizó la idea de que la mayoría de las partes interesadas podrían aceptar unos SSE diseñados e implementados conforme a altos estándares de calidad, pero no se tenía la certeza de que los aceptarían todas esas partes (por ejemplo, los alumnos, los padres, el personal escolar, los miembros de la comunidad y las instancias normativas), que era lo que en realidad se preguntaba. Esta circunstancia influyó en que ambos subgrupos optaran por responder «probablemente sí».</p>		
12. ¿Es viable la implementación de los SSE?	Depende	Sí
<p>Justificación: en general, en las revisiones sistemáticas se observó que en los países de ingresos altos era viable implementar SSE integrales. Sin embargo, esos países pueden encontrar dificultades para poner en práctica tales servicios, como las limitaciones de tiempo y de presupuesto, el traslado de niños dentro de las escuelas y entre ellas, los movimientos de personal de los SSE y las dificultades de comunicación entre el personal de los SSE y el de las escuelas (por ejemplo, sobre las funciones a desempeñar por los responsables de los SSE). El subgrupo 2 consideró que, a pesar de todo, la implementación de los SSE era viable, y respondió «sí». Por su parte, el subgrupo 1 consideró que en los países de ingreso mediano bajo posiblemente surgirían problemas similares, y que allí, muy probablemente, la viabilidad de los SSE dependería de los recursos disponibles en cada escuela y en cada país, de modo que respondió «depende».</p>		

Después de que cada subgrupo del GDG hubiera analizado y respondido a las 12 preguntas del cuadro 5, ambos alcanzaron un consenso de forma independiente para contestar a tres preguntas finales y formular una recomendación. Los dos subgrupos del GDG respondieron de forma unánime a esas preguntas finales de la siguiente forma.

1. ¿Hay suficientes datos probatorios para formular una recomendación? -> **SÍ**
2. ¿La recomendación es a favor o en contra de los SSE? -> **A FAVOR**
3. ¿Se formula la recomendación sin reservas o está condicionada? -> **SIN RESERVAS**

Seguidamente, ambos subgrupos del GDG acordaron de forma independiente y unánime recomendar en las Directrices que en las escuelas deberían implementarse servicios de salud escolar integrales. Se valoró como una recomendación sin reservas, basada en unos datos probatorios de certidumbre moderada.

Conviene destacar que la principal fuente de datos probatorios de las revisiones sistemáticas fueron 18 estudios controlados realizados en países de ingresos altos, y que la aplicabilidad de este tipo de investigaciones en los países de ingreso mediano bajo es solo limitada. Si bien fue provechoso que para fundamentar las revisiones sistemáticas también se utilizaran otros 19 estudios observacionales de países de ingreso mediano bajo, una prioridad de investigación en el futuro debería consistir en realizar estudios de mayor calidad en este grupo de países (por ejemplo, ensayos controlados aleatorizados o estudios controlados no aleatorizados sobre la eficacia y aceptabilidad de los SSE).

Capítulo 5

Catálogo y compendio de intervenciones



5.1 Justificación del catálogo y del compendio de intervenciones

Las revisiones de los SSE nacionales descritas en la sección 1.3 revelaron que las áreas de salud cubiertas y los tipos de actividades que forman parte de los programas nacionales de SSE varían considerablemente de un país a otro. Las revisiones sistemáticas de la eficacia y la aceptabilidad de los SSE integrales realizadas para proporcionar información de base para estas Directrices arrojaron resultados similares, ya que en los estudios de los SSE integrales se describieron diversas áreas de salud y diferentes tipos de actividades relacionados con estos servicios (véase el capítulo 4). Sin embargo, a través de las revisiones sistemáticas se encontraron muy pocos estudios que compararan la eficacia de los SSE con la de diferentes conjuntos de intervenciones. Por tanto, al GDG le resultó muy difícil hacer recomendaciones específicas sobre el alcance deseable de los SSE basándose en la revisión bibliográfica y las revisiones sistemáticas.

A fin de aclarar y priorizar mejor las áreas de salud y las actividades que se deberían incluir en los SSE, el GDG solicitó a la OMS que recopilara todas sus recomendaciones sobre servicios de salud destinados a niños y adolescentes de entre 5 y 19 años (sección 3.5.1) y que realizara una encuesta mundial de expertos en SSE (sección 3.5.2). A partir

de las conclusiones obtenidas, el GDG clasificó 94 intervenciones como **esenciales para los SSE en cualquier lugar** (n = 71), **adecuadas para los SSE en cualquier lugar** (n = 9), **esenciales» o «adecuadas» solo para los SSE de determinados contextos geográficos** (n = 7) o **inadecuadas para los SSE en cualquier lugar** (n = 7) (sección 3.5.3).

A fin de ayudar a los países y a los responsables de los programas a elegir las intervenciones concretas a incluir en sus SSE, el GDG creó un catálogo de intervenciones. En el cuadro 6 se muestra el catálogo de las intervenciones que el GDG consideró esenciales o adecuadas para su inclusión en los SSE, organizadas por área de salud, tipo de actividad sanitaria y categorización específica establecida por el propio GDG. En el anexo H se ofrece una versión ampliada de este catálogo, y se indican las fuentes de la OMS relativas a las intervenciones (sección 3.5.4). Tanto en el cuadro 6 como en el anexo H se muestra un resumen simplificado del catálogo. Este catálogo esquemático está vinculado a un compendio que figura en el apéndice, donde se detalla la base de datos probatorios mundiales de la OMS publicados y los procedimientos o actividades específicos de cada una de las 87 intervenciones.

Categorización de las intervenciones por parte del GDG como esenciales o adecuadas en el marco de los SSE, según la ubicación

Denominación de la categoría

Definición

Esencial en cualquier lugar

La intervención debería incluirse en los SSE en cualquier lugar

Adecuada en cualquier lugar

La intervención es apropiada, pero no esencial, para los SSE en cualquier lugar

Esenciales o adecuadas en determinados contextos geográficos

La intervención solo es esencial y/o apropiada para los SSE en determinadas zonas geográficas

Cuadro 6. Catálogo de intervenciones de las Directrices sobre los servicios de salud escolar clasificadas por área de salud, tipo de actividad de los servicios de salud y categorización por parte del GDG.

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
a. General/transversal	I-01. Promoción de la solicitud de atención [Respaldo parcial del GRC] I-02. Promoción de la alfabetización sanitaria [Otro respaldo de la OMS]	I-16. Apoyo a un plan de estudios que promueva la salud [Pleno respaldo del GRC]	I-27. Garantizar el cumplimiento de los requisitos para ingresar en la escuela [Otro respaldo de la OMS] I-28. Realización de reconocimientos de salud periódicos preventivos [la OMS]	-	I-56. Prestación de primeros auxilios [Pleno respaldo del GRC] I-57. Administración de medicamentos [Respaldo parcial del GRC] I-58. Derivación y apoyo para el tratamiento del dolor [Pleno respaldo del GRC] I-59. Derivación y apoyo para el tratamiento de síntomas no específicos [Respaldo parcial del GRC]	I-25. Uso de los datos poblacionales para planificar las medidas sobre salud escolar [Otro respaldo de la OMS] I-26. Uso de datos sobre los servicios de salud escolar con fines de monitoreo y mejora [Otro respaldo de la OMS] I-60. Implementación de un plan de gestión de riesgos [Otro respaldo de la OMS]	I-17. Respaldo a las políticas de promoción de la salud [Respaldo parcial del GRC] I-18. Respaldo a otros aspectos de las escuelas promotoras de la salud [Respaldo parcial del GRC] I-19. Respaldo a las políticas de prevención de enfermedades/traumatismos [Respaldo parcial del GRC] I-23. Formación del personal escolar [Otro respaldo de la OMS] I-24. Inspección del entorno de la escuela [Otro respaldo de la OMS] I-77. Derivación y apoyo para cuidadores de niños [Sin fuente conocida de la OMS]

Cuadro 6. cont.

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y/o prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
b. Salud y desarrollo positivos	I-07. Promoción del uso adecuado de los dispositivos electrónicos [Respaldo parcial del GRC] I-08. Promoción de hábitos de sueño adecuados [Respaldo parcial del GRC] I-10. Promoción de las habilidades para la crianza de los hijos [Otro respaldo de la OMS]	-	-	-	I-30. Identificación de discapacidades del desarrollo [Otro respaldo de la OMS] I-44. Orientación para el desarrollo [Respaldo parcial del GRC] I-43. Intervención psicosocial para mejorar el bienestar [Pleno respaldo del GRC] I-45. Respaldo para los cuidadores sobre el desarrollo de los niños [Respaldo parcial del GRC]	-	-
c. Traumatismos no intencionales	-	I-48. Prestación de educación orientada a prevenir traumatismos no intencionales [Respaldo parcial del GRC]	-	-	I-70. Derivación y apoyo para el tratamiento de traumatismos [Pleno respaldo del GRC] I-71. Derivación y apoyo para el tratamiento de quemaduras [Otro respaldo de la OMS] I-72. Derivación y apoyo para el tratamiento de ahogamientos [Respaldo parcial del GRC]	-	-
d. Violencia	-	I-49. Prestación de educación orientada a prevenir la violencia [Respaldo parcial del GRC]	-	-	I-50. Orientación para prevenir la violencia [Respaldo parcial del GRC] I-73. Derivación y apoyo para las víctimas de violencia [Pleno respaldo del GRC]	-	-
e. Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH	I-09. Promoción de la gestión de la higiene menstrual [Otro respaldo de la OMS]	I-15. Prestación de educación para la salud sexual y reproductiva [Pleno respaldo del GRC]	-	-	I-51. Orientación en materia anticonceptiva [Pleno respaldo del GRC] I-52. Orientación para prevenir las infecciones de transmisión sexual [Respaldo parcial del GRC] I-54. Derivación y apoyo para la profilaxis relativa al VIH [Respaldo parcial del GRC] I-55. Derivación y apoyo a los servicios de prueba de detección del VIH [Pleno respaldo del GRC] I-74. Derivación y apoyo al embarazo [Pleno respaldo del GRC]	-	-

Cuadro 6. cont.

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y/o prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
e. Salud sexual y reproductiva, incluido el VIH. cont.					I-75. Derivación y apoyo frente a las infecciones de transmisión sexual [Pleno respaldo del GRC] I-53. Derivación y apoyo para realizar la circuncisión médica masculina voluntaria [Pleno respaldo del GRC]		
f. Enfermedades transmisibles	I-03. Promoción de la higiene personal [Otro respaldo de la OMS] I-12. Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida [Otro respaldo de la OMS]	-	I-36. Detección: enfermedades infecciosas [Otro respaldo de la OMS]	I-38. Vacunación de todos los niños [Pleno respaldo del GRC] I-40. Vacunación de los niños pertenecientes a las poblaciones de alto riesgo [Pleno respaldo del GRC] I-39. Vacunación de niños residentes en determinadas regiones [Pleno respaldo del GRC] I-41. Administración masiva de medicamentos [Pleno respaldo del GRC]	I-61. Derivación y apoyo para el tratamiento de infecciones comunes [Respaldo parcial del GRC] I-62. Derivación y apoyo para el tratamiento de las infecciones menos comunes [Respaldo parcial del GRC] I-64. Derivación y apoyo para la atención de niños infectados por el VIH [Pleno respaldo del GRC]	I-63. Gestión de brotes de enfermedades infecciosas [Respaldo parcial del GRC]	-
g. Enfermedades no transmisibles, funciones sensoriales, discapacidad física, salud bucodental, nutrición y actividad física	I-04. Promoción de la atención de salud bucodental [Otro respaldo de la OMS] I-05. Promoción de la reducción del consumo de azúcar [Pleno respaldo del GRC] I-06. Promoción del aumento de la actividad física [Pleno respaldo del GRC] I-11. Promoción de la exposición adecuada al sol [Otro respaldo de la OMS]	I-13. Prestación de educación nutricional [Pleno respaldo del GRC] I-14. Prestación de educación sobre actividad física [Pleno respaldo del GRC]	I-31. Detección: problemas de visión [Otro respaldo de la OMS] I-32. Detección: problemas audiológicos [Otro respaldo de la OMS] I-33. Detección: problemas de salud bucodental [Otro respaldo de la OMS] I-34. Detección: problemas de nutrición [Otro respaldo de la OMS] I-35. Detección: diabetes [Otro respaldo de la OMS]	I-42. Administración de suplementos de micronutrientes [Pleno respaldo del GRC]	I-65. Derivación y apoyo para el tratamiento de la anemia [Respaldo parcial del GRC] I-66. Derivación y apoyo para hacer frente al sobrepeso [Pleno respaldo del GRC] I-67. Derivación y apoyo para el tratamiento del asma [Pleno respaldo del GRC] I-68. Derivación y apoyo para el tratamiento de afecciones crónicas distintas del VIH, la anemia y el asma [Respaldo parcial del GRC] I-69. Derivación y apoyo para las personas con discapacidades [Respaldo parcial del GRC] I-46. Orientación sobre nutrición y actividad física [Respaldo parcial del GRC]	-	I-21. Respaldo a las políticas sobre anafaxia [Respaldo parcial del GRC]

Cuadro 6. cont.

Tipo de actividad de los Servicios de Salud Escolar							
Área de salud	1. Promoción de la salud	2. Educación para la salud	3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)	5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	6. Gestión de servicios de salud	7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud
h. Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas	-	-	I-37. Detección: problemas de salud mental [Otro respaldo de la OMS]	-	I-29. Recalificación de evaluaciones HEADSS [Otro respaldo de la OMS] I-47. Orientación sobre el consumo de sustancias [Respaldo parcial del GRC] I-76. Prestación de orientación a corto plazo o dirigida a superar situaciones de crisis [Respaldo parcial del GRC] I-78. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos del comportamiento [Pleno respaldo del GRC] I-79. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos emocionales, de ansiedad y depresivos [Pleno respaldo del GRC] I-80. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos alimentarios [Otro respaldo de la OMS] I-81. Derivación y apoyo para el tratamiento del estrés [Respaldo parcial del GRC] I-82. Derivación y apoyo contra el riesgo de suicidio y las conductas autolesivas [Pleno respaldo del GRC] I-83. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos somatoformes [Pleno respaldo del GRC] I-84. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos psicóticos [Pleno respaldo del GRC] I-85. Derivación y apoyo contra el consumo perjudicial de sustancias [Pleno respaldo del GRC] I-86. Derivación y apoyo contra la dependencia de sustancias [Pleno respaldo del GRC] I-87. Derivación y apoyo para el tratamiento del síndrome de abstinencia [Pleno respaldo del GRC]	-	I-18. Respaldo a las políticas de promoción de la salud mental [Respaldo parcial del GRC] I-22. Respaldo a las políticas contra la intimidación [Respaldo parcial del GRC]

Nota: cada una de las 87 intervenciones está categorizada en el catálogo por área de salud, tipo de actividad sanitaria, fuente de la OMS y clasificación final por parte del GDG como esencial o adecuada en el marco de los SSE, ya sea en cualquier lugar o solo en determinadas zonas geográficas. Es importante señalar que muchas intervenciones podrían colocarse en varias celdas del catálogo, pero por razones de claridad solo se selecciona una celda para cada una de ellas. Además, en aras de la brevedad, en esta matriz se han utilizado nombres resumidos de las intervenciones; los nombres exactos completos figuran en las Directrices sobre los servicios de salud escolar. El apéndice (Compendio de intervenciones y datos probatorios de la OMS) incluye información detallada sobre las orientaciones de la OMS relativas a cada intervención. HEADSS (por sus siglas en inglés): hogar, educación, empleo, alimentación, actividad, drogas, sexualidad, seguridad, actividad, seguridad, pensamientos suicidas y estado de depresión.

5.2 Denominación completa de las intervenciones

Las denominaciones de las 87 intervenciones que el GDG calificó como esenciales o adecuadas para los SSE figuran numeradas y abreviadas en el catálogo del cuadro 7 y en el anexo H, a fin de facilitar su lectura. La denominación exacta completa de cada intervención aparece en el cuadro 7 y en el Anexo A. Por ejemplo, la denominación abreviada de la intervención I-69 es «Derivación a rehabilitación y prestación de ayuda por discapacidad» (cuadro 6), pero su denominación extensa es «Derivación y apoyo para la rehabilitación, habilitación, tecnología de asistencia, asistencia y servicios de ayuda para personas que sufren traumatismos o discapacidades

(por ejemplo, las que padecen deficiencias visuales o auditivas o problemas oculares/de oído, las que padecen discapacidades físicas o trastornos motrices o las que sufren lesiones)» (cuadro 7).

Asimismo, para cada una de las 87 intervenciones que figuran en el cuadro 6 se citan publicaciones de la OMS que la respaldan. Para obtener más información se puede acceder directamente a estas publicaciones, pero además en el anexo A se recopilan extractos de las publicaciones citadas que respaldan y explican con más detalle cada intervención.

Cuadro 7. Denominación completa de las 87 intervenciones categorizadas como esenciales o adecuadas en el marco de los SSE, en función de la ubicación

Clasificación de las intervenciones según su categorización por parte del GDG (a-c) y según el tipo de actividad de los servicios de salud (1-7)	Fuente de la OMS
a) Intervenciones esenciales para los servicios de salud escolar en cualquier lugar	
1. Promoción de la salud	
I-01. Promoción de la solicitud de atención oportuna a un proveedor adecuado (7,94,95)	 Respaldo parcial del GRC
I-02. Promoción de la alfabetización sanitaria (4,7,94,96,97)	 Otro respaldo de la OMS
I-03. Promoción de la higiene personal y del lavado de manos con jabón (7,36,94,98-100)	 Otro respaldo de la OMS
I-04. Promoción de la atención de salud bucodental (32,38)	 Otro respaldo de la OMS
I-05. Promoción de la reducción del consumo de azúcar y de bebidas azucaradas (4,98,101-103)	 Pleno respaldo del GRC
I-06. Promoción del aumento de la actividad física y de la reducción de los comportamientos sedentarios (4,94,98,101-105)	 Pleno respaldo del GRC
I-07. Promoción del uso adecuado de los dispositivos electrónicos, tales como la televisión, internet o los juegos (19,94,97,106,107)	 Respaldo parcial del GRC
I-08. Promoción de hábitos de sueño adecuados (94,97,107)	 Respaldo parcial del GRC
I-09. Promoción de la gestión de la higiene menstrual (4,19,39,94,100,108)	 Otro respaldo de la OMS
I-11. Promoción de la exposición adecuada al sol según el contexto (por ejemplo, prevención de quemaduras solares o sobrecalentamientos; promoción de la exposición adecuada para obtener vitamina D) (108,109)	 Otro respaldo de la OMS
2. Educación para la salud	
I-13. Prestación de educación para la salud sobre nutrición (4,7,94,97,101,108)	 Pleno respaldo del GRC
I-14. Prestación de educación para la salud sobre actividad física (4,94,97,98,99,101-103,105,108)	 Pleno respaldo del GRC
I-15. Prestación de educación para la salud sexual y reproductiva (4,19,94,102,110-116)	 Pleno respaldo del GRC
I-16. Apoyo a un plan de estudios que promueva la salud (por ejemplo, educación sobre sexualidad basada en un plan de estudios; plan de estudios sobre nutrición y actividad física) (4,39,94,97,100-102,110,111,113,115,117)	 Pleno respaldo del GRC
I-48. Prestación de educación para la salud orientada a prevenir traumatismos no intencionales comunes (por ejemplo, para prevenir traumatismos no intencionales en el hogar, jugando o practicando deporte y en la carretera) (105,108, 118,119)	 Respaldo parcial del GRC
I-49. Prestación de educación para la salud orientada a prevenir la violencia, incluyendo la violencia de pareja, la violencia sexual, la violencia de género, la intimidación y la violencia de pandillas (por ejemplo, prestación de información universal sobre la prevención de la violencia y el abuso) (98,106-108,113,120)	 Respaldo parcial del GRC
3. Cribado que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda	
I-27. Evaluar y garantizar el cumplimiento de los requisitos de salud para ingresar en la escuela (por ejemplo, sobre historial médico, examen físico integral e inmunización) (7,100,104,121)	 Otro respaldo de la OMS

Cuadro 7. cont.

I-28. Realización de reconocimientos de salud periódicos preventivos (por ejemplo, al comienzo de preescolar, primaria y secundaria para evaluar el crecimiento físico, el desarrollo motor, la maduración social y emocional y los problemas de alimentación y sueño, y para ofrecer la atención necesaria o realizar las derivaciones que correspondan), que cumplan los criterios de la OMS para los programas de cribado (7,38,94,96,108,122)		Otro respaldo de la OMS
I-31. Cribado para detectar problemas oculares y de visión (32,94,123)		Otro respaldo de la OMS
I-32. Cribado para detectar problemas otológicos y audiológicos (121,122,124–126)		Otro respaldo de la OMS
I-33. Cribado para detectar problemas de salud bucodental (32,38)		Otro respaldo de la OMS
I-34. Cribado para detectar problemas de nutrición (por ejemplo, anemia, malnutrición y obesidad) (7,38,127)		Otro respaldo de la OMS
4. Intervenciones preventivas (por ejemplo, inmunizaciones o administración masiva de medicamentos)		
I-38. Administración de las vacunas recomendadas para todos los niños (por ejemplo, contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, la hepatitis B, el virus de los papilomas humanos (solo a niñas), el sarampión y la rubéola) (4,43,94,100,104,128–131)		Pleno respaldo del GRC
5. Evaluación clínica que dé lugar a atención y/o derivación y prestación de apoyo, según corresponda		
I-29. Realización de evaluaciones HEADSSS o equivalentes, es decir, evaluaciones de comportamientos de riesgo por parte de adolescentes relacionados con el hogar, la educación/empleo, la alimentación, la actividad, las drogas, la sexualidad, la seguridad y los pensamientos suicidas/depresión (para detectar problemas de salud y desarrollo en los adolescentes; comportamientos que los ponga en riesgo de sufrir resultados de salud negativos; y factores importantes en su entorno que aumenten la probabilidad de tener estos comportamientos) (4,107,108)		Otro respaldo de la OMS
I-30. Identificación de dificultades y discapacidades del desarrollo (94,132)		Otro respaldo de la OMS
I-44. Orientación y atención para el desarrollo físico y psicosocial de los niños (por ejemplo, sobre pubertad, cambios en la piel, imagen corporal, higiene y matrimonio infantil) (4,7,39,94,97,98,102,107,108,115,117,133,134)		Respaldo parcial del GRC
I-47. Orientación sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (94,102,107,108,135–139)		Respaldo parcial del GRC
I-50. Orientación para prevenir la violencia, incluyendo la violencia de pareja, la violencia sexual, la violencia de género, la intimidación y la violencia de pandillas (por ejemplo, aplicando enfoques terapéuticos específicos para jóvenes de alto riesgo) (95,120,140,141)		Respaldo parcial del GRC
I-51. Orientación en materia anticonceptiva (por ejemplo, en forma de comunicaciones breves sobre sexualidad; orientación sobre anticoncepción que permita tomar decisiones voluntarias e informadas; y derivación o provisión de anticonceptivos de forma legal si se solicitan después del asesoramiento) (39,102,103,115,142)		Pleno respaldo del GRC
I-52. Orientación sobre métodos de prevención del VIH/infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, en forma de comunicaciones breves sobre sexualidad; orientación sobre el uso correcto de los preservativos que permita tomar decisiones voluntarias e informadas; y derivación o provisión de preservativos de forma legal si se solicitan después del asesoramiento) (4,39,101,112,116,142,143)		Respaldo parcial del GRC
I-54. Derivación y apoyo para la profilaxis previa y/o posterior a la exposición al VIH (144–146)		Respaldo parcial del GRC
I-55. Derivación y apoyo a los servicios de prueba de detección del VIH (4,7,94,112,116,144,147)		Pleno respaldo del GRC
I-56. Prestación de primeros auxilios, es decir, detección y priorización de los problemas, prestación de atención inmediata y derivación a un tratamiento médico completo, si es necesario (por ejemplo, afecciones agudas como el asma, la diabetes o las convulsiones; hemorragias o lesiones; problemas de salud mental, incluidas las conductas autolesivas; alergias que puedan poner en peligro la vida; intoxicaciones y envenenamientos; y abusos de sustancias) (4,7,98,104,105,118,148–156)		Pleno respaldo del GRC
I-57. Administración por parte de un prestador de atención de salud escolar de medicamentos de venta libre y prescritos (7,94,96,98,127,149,155,157–161)		Respaldo parcial del GRC
I-58. Derivación y apoyo para el control y el tratamiento del dolor, por ejemplo, la migraña (7,94,98,107,108,153,158)		Pleno respaldo del GRC
I-59. Derivación y apoyo para el tratamiento de síntomas no específicos (por ejemplo, diarrea y fiebre) (4,7,41,94,104,154,155,162)		Respaldo parcial del GRC
I-61. Derivación y apoyo para el tratamiento de infecciones comunes (por ejemplo, del oído, oculares, bucodentales, de la piel, de la garganta o de las vías urinarias) (4,7,94,107,108,123,133,155)		Respaldo parcial del GRC
I-62. Derivación y apoyo para el tratamiento de las enfermedades infecciosas menos comunes (por ejemplo, infecciones óseas, cólera, dengue, disentería, helmintos, infecciones articulares, malaria, meningitis, otras enfermedades tropicales desatendidas, tos ferina, neumonía, fiebre reumática, septicemia, fiebre tifoidea, tuberculosis y encefalitis viral) (7,32,94,98,102,154,155,163–170)		Respaldo parcial del GRC
I-64. Derivación y apoyo para la atención crónica de niños infectados por el VIH (4,94,98,103,112,116,143,147,155,162,171–176)		Pleno respaldo del GRC
I-65. Derivación y apoyo para el tratamiento de la anemia (por ejemplo, con suplementos de hierro) (7,41,94,100,105,107,108,177–179)		Respaldo parcial del GRC
I-66. Derivación y apoyo para hacer frente al sobrepeso y la obesidad (94,97,101,105,149)		Pleno respaldo del GRC
I-67. Derivación y apoyo para el tratamiento del asma (94,98,105,149,154,155,161)		Pleno respaldo del GRC
I-68. Derivación y apoyo para el tratamiento de otras afecciones crónicas (por ejemplo, discapacidades/retraso del desarrollo, diabetes, enfermedades cardíacas, convulsiones y drepanocitosis) (4,7,94,98,101,104–106,132,149,150,180)		Respaldo parcial del GRC
I-69. Derivación y apoyo para la rehabilitación, habilitación, tecnología de asistencia, asistencia y servicios de ayuda para personas que sufren traumatismos o discapacidades (por ejemplo, las que padecen deficiencias visuales o auditivas o problemas oculares/de oído, las que padecen discapacidades físicas o trastornos motrices, las que han sido objeto de mutilación genital femenina o las que sufren lesiones derivadas de la práctica de deporte) (4,94,104,121,123–126,151,181–183)		Respaldo parcial del GRC

Cuadro 7. cont.

I-70. Derivación y apoyo para el tratamiento de traumatismos infantiles comunes (por ejemplo, lesiones en la cabeza, el pecho y el abdomen; fracturas; y heridas) (4,104,105,118,151,152,154,184)	■ Pleno respaldo del GRC
I-71. Derivación y apoyo para el tratamiento de quemaduras (4,94,104,153,185)	▨ Otro respaldo de la OMS
I-72. Derivación y apoyo para el tratamiento de ahogamientos no mortales y las complicaciones conexas (por ejemplo, deficiencia respiratoria; y discapacidad de larga duración) (94,118)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-73. Derivación y apoyo para las víctimas de violencia (por ejemplo, maltrato y desatención de los niños por parte de sus padres u otros cuidadores; violencia colectiva; violencia de género o sexual; prácticas culturales nocivas, como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y el matrimonio forzado; violencia entre adolescentes; y violencia de pareja) (4,7,39,94,95,98,102,104,106-108,113,117,120,136,143,144,181,184)	■ Pleno respaldo del GRC
I-74. Derivación y apoyo para la gestión del embarazo, que incluya la posibilidad de que las adolescentes embarazadas o con hijos continúen en la escuela o regresen a ella (4,39,102,107,108,115,116,185-187)	■ Pleno respaldo del GRC
I-75. Derivación y apoyo para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (4,104,107,108,112,120,143,144,185,188-192)	■ Pleno respaldo del GRC
I-76. Prestación de orientación a corto plazo o realización de intervenciones para ayudar a abordar situaciones de crisis centrándose en la salud mental o en preocupaciones situacionales (por ejemplo, de duelo o referentes a transiciones difíciles) (4,19,32,104,108,193,194)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-78. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos del comportamiento habituales en los niños (por ejemplo, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad) (4,19,94,98,104,159,195,196)	■ Pleno respaldo del GRC
I-79. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos emocionales, de ansiedad y depresivos (4,19,32,98,102,104,144,160,181,197-199)	■ Pleno respaldo del GRC
I-80. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos alimentarios (por ejemplo, la anorexia y la bulimia) (19,94,103,107,108)	▨ Otro respaldo de la OMS
I-81. Derivación y apoyo para el tratamiento del estrés (19,32,104,108,144,181,193,194)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-82. Derivación y apoyo para neutralizar el riesgo de suicidio y para el tratamiento de las conductas autolesivas (4,184,200)	■ Pleno respaldo del GRC
I-83. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos somatoformes (es decir, síntomas físicos que sugieren la existencia de una enfermedad o lesión, pero que no pueden explicarse completamente por una afección médica general o por el efecto directo de una sustancia) y otras afecciones psicósomáticas (19,32,104,201)	■ Pleno respaldo del GRC
I-84. Derivación y apoyo para el tratamiento de los trastornos psicóticos (19,32,104,160)	■ Pleno respaldo del GRC
I-85. Derivación y apoyo para el tratamiento del consumo perjudicial de sustancias (por ejemplo, alcohol o drogas ilícitas) (4,102,104,135,136,148,160)	■ Pleno respaldo del GRC
I-86. Derivación y apoyo para el tratamiento de la dependencia de sustancias (por ejemplo, alcohol o drogas ilícitas) (4,102,135-139,160)	■ Pleno respaldo del GRC
I-87. Derivación y apoyo para el tratamiento del síndrome de abstinencia (4,102, 135-139,160)	■ Pleno respaldo del GRC
6. Gestión de servicios de salud	
I-25. Uso adecuado de datos poblacionales para planificar las medidas sobre salud escolar (4,94,108,113,121,202)	▨ Otro respaldo de la OMS
I-26. Recopilación, análisis y uso de datos sobre la utilización de los servicios de salud escolar y la calidad de la atención prestada, a fin de monitorear el rendimiento, facilitar la mejora de la calidad y realizar labores de evaluación y planificación (4,7,94,96,202)	▨ Otro respaldo de la OMS
I-60. Implementación de un plan de gestión de riesgos para los establecimientos de salud vinculado con los sistemas de atención primaria, secundaria y terciaria, y obtención de respaldo para ello (por ejemplo, un protocolo en caso de que los servicios de salud escolar deban prestar servicios esenciales en situaciones de emergencias complejas) (4,7,94,99,101,104,105,151,154,188,203-205)	▨ Otro respaldo de la OMS
I-63. Gestión de brotes de enfermedades infecciosas en la escuela, incluidas la vigilancia, la notificación de presuntos brotes a las autoridades sanitarias y la aplicación de protocolos de aislamiento o cuarentena (por ejemplo, de cólera; conjuntivitis; coronavirus; disentería; enfermedad de manos, pies y boca; gripe; enfermedad meningocócica; rubéola; sarna; escarlatina; tuberculosis; fiebre tifoidea; y varicela) (98,100,154,204-212)	▤ Respaldo parcial del GRC
7. Respaldo a otros pilares de las escuelas promotoras de la salud	
I-17. Respaldo a las políticas escolares de promoción de la salud en general (por ejemplo, orientadas a las afecciones crónicas, la higiene y la nutrición) (4,39,94,97,100,101,104,105)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-18. Respaldo a las políticas escolares de promoción de la salud mental, incluidos los servicios de escucha (previos a la prestación de orientación) (4,7,94,100,102,105,117)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-19. Respaldo a las políticas escolares de reducción de riesgos y prevención de enfermedades/traumatismos (por ejemplo, prevención de embarazos en la adolescencia, violencia escolar y abuso de sustancias) (4,32,39,94,95,102,104,105,112-115,118,119,143,213,214)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-20. Respaldo a las políticas escolares de lucha contra la intimidación y el acoso (4,7,19,94,102,105,106,114-116,140,184)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-21. Respaldo a las políticas escolares de prevención y respuesta a la anafilaxia (4,104,156,215)	▤ Respaldo parcial del GRC
I-22. Respaldo a otros aspectos de las escuelas promotoras de la salud (por ejemplo, referentes al contenido nutricional establecido en los programas de alimentación escolar; la inspección de la inocuidad de los alimentos; y el compromiso con la comunidad para que la escuela sea un lugar saludable) (4,7,41,94,100,101,105,114)	▤ Respaldo parcial del GRC

Cuadro 7. cont.

b) Intervenciones adecuadas para los servicios de salud escolar en cualquier lugar	
1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	
I-10. Promoción de las habilidades para la crianza responsable de los hijos dirigida a todos los alumnos (4,216)	 Otro respaldo de la OMS
3. CRIBADO QUE DÉ LUGAR A ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN Y PRESTACIÓN DE APOYO, SEGÚN CORRESPONDA	
I-37. Cribado para detectar problemas de salud mental (por ejemplo, para identificar a los alumnos en riesgo de padecer deficiencias de salud mental y/o que puedan necesitar un seguimiento o una derivación) (4,19,32,104,141,200,217)	 Otro respaldo de la OMS
4. INTERVENCIONES PREVENTIVAS (POR EJEMPLO, INMUNIZACIONES O ADMINISTRACIÓN MASIVA DE MEDICAMENTOS)	
I-40. Administración de las vacunas recomendadas para los niños pertenecientes a algunas poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, contra el cólera, el dengue, la hepatitis A, el meningococo, la rabia y la fiebre tifoidea) (94,100,130,209)	 Pleno respaldo del GRC
5. EVALUACIÓN CLÍNICA QUE DÉ LUGAR A ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN Y PRESTACIÓN DE APOYO, SEGÚN CORRESPONDA	
I-43. Intervención psicosocial orientada a promover el bienestar y el correcto funcionamiento (por ejemplo, alentar y/o ayudar a los niños a: dormir suficiente; comer de forma regular; realizar actividad física; participar en actividades sociales; pasar tiempo con amigos y familiares de confianza; evitar el consumo de alcohol, drogas y nicotina; y desarrollar habilidades interpersonales, de regulación de las emociones, de resolución de problemas y de gestión del estrés) (4,19,100,102,104,117)	 Pleno respaldo del GRC
I-45. Orientación y respaldo para los cuidadores infantiles sobre el desarrollo físico y psicosocial de los niños (por ejemplo, sobre nutrición, actividad física, pubertad, desarrollo positivo en la adolescencia y salud sexual y reproductiva) (4,7,19,39,94,97,98,101,102,104,105,107,108,143,147,160,180,193,196,197,218)	 Respaldo parcial del GRC
I-46. Orientación sobre nutrición y actividad física, y planes de gestión, si son necesarios (7,94,101,104,105,107,108)	 Respaldo parcial del GRC
7. RESPALDO A OTROS PILARES DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD	
I-23. Formación del personal escolar en primeros auxilios, promoción de la higiene, etc. (4,38,105,110,113,128,151)	 Otro respaldo de la OMS
I-24. Inspección del entorno físico de la escuela (por ejemplo, para prevenir lesiones, o para supervisar las instalaciones de agua, saneamiento e higiene) (4,7,94,98,99,106,113,119,154)	 Otro respaldo de la OMS
I-77. Derivación y apoyo para cuidadores infantiles (por ejemplo, estudiantes que ofrecen ayuda no remunerada a padres que no podrían salir adelante sin ella)	 Sin fuente conocida de la OMS
c) Esenciales o adecuadas para los servicios de salud escolar solo en determinadas zonas geográficas	
1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	
I-12. Provisión y promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida (41,94,104,154)	 Otro respaldo de la OMS
3. CRIBADO QUE DÉ LUGAR A ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN Y PRESTACIÓN DE APOYO, SEGÚN CORRESPONDA	
I-35. Cribado para detectar la diabetes de tipo II (127)	 Otro respaldo de la OMS
I-36. Cribado para detectar enfermedades infecciosas (por ejemplo, la tuberculosis; las enfermedades tropicales desatendidas, como la enfermedad de Chagas; o la COVID 19) (114,188,205)	 Otro respaldo de la OMS
4. INTERVENCIONES PREVENTIVAS (POR EJEMPLO, INMUNIZACIONES O ADMINISTRACIÓN MASIVA DE MEDICAMENTOS)	
I-39. Administración de las vacunas recomendadas para los niños residentes en determinadas regiones (por ejemplo, contra la encefalitis japonesa) (94,100,130)	 Pleno respaldo del GRC
I-41. Administración masiva de medicamentos (por ejemplo, contra los helmintos transmitidos por el suelo, la esquistosomiasis, el tracoma, la malaria y la filariasis linfática) (32,41,94,98,100,103,127,154,167,219,220)	 Pleno respaldo del GRC
I-42. Administración de suplementos de hierro, ácido fólico y otros micronutrientes (94,100,102,104,127,177-179)	 Pleno respaldo del GRC
5. EVALUACIÓN CLÍNICA QUE DÉ LUGAR A ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN Y PRESTACIÓN DE APOYO, SEGÚN CORRESPONDA	
I-53. Derivación y apoyo para realizar la circuncisión médica masculina voluntaria (4,103,104,112,116)	 Pleno respaldo del GRC

Nota: esta lista contiene la denominación exacta de cada intervención; en algunos casos, en el catálogo se utilizan denominaciones abreviadas.

El recuadro 5 incluye las siete intervenciones que el GDG categorizó como inadecuadas para su inclusión en los SSE. Estas intervenciones pertenecen a las categorías de las actividades sanitarias de cribado

y de intervenciones preventivas (inmunizaciones). Es importante destacar que algunas de estas intervenciones pueden ser adecuadas para otros tipos de servicios de salud.

Recuadro 5. Intervenciones inadecuadas para su inclusión en los SSE

El GDG categorizó siete intervenciones como inadecuadas para su inclusión en los SSE. Algunas cuentan con el apoyo de orientaciones de la OMS para su uso en otros entornos sanitarios, varias de ellas no se mencionan en las orientaciones de la OMS actualmente existentes, mientras que otras sí aparecen citadas en recomendaciones de la OMS, pero para indicar que NO deben realizarse en ningún entorno sanitario.

Las orientaciones de la OMS respaldan la realización de las siguientes intervenciones en otros entornos sanitarios:

1. administración de las vacunas recomendadas para los niños con afecciones concretas (por ejemplo, vacunar contra la gripe estacional a niños que padecen determinadas afecciones) (43); y
2. cribado para detectar consumo de sustancias (por ejemplo, tabaco, alcohol y drogas ilícitas) (217).

Los documentos de orientación de la OMS actualmente existentes no mencionan estas intervenciones:

3. cribado para detectar hipertensión;
4. cribado para detectar escoliosis; y
5. cribado para detectar otras enfermedades crónicas que podrían no estar diagnosticadas, como el asma y la drepanocitosis.

Las orientaciones de la OMS recomiendan NO realizar estas intervenciones:

6. Actividades de cribado (universal) para detectar maltrato por parte de padres/madres o tutores (95)
7. Actividades de cribado (universal) para detectar exposición a violencia de pareja (120).

5.3 Categorización definitiva y fuentes de la OMS de las intervenciones

El cuadro 8 resume la categorización definitiva de las 94 intervenciones que el GDG consideró para su inclusión en los SSE e indica sus fuentes de la OMS. Cabe destacar que 61 de las 87 intervenciones que el GDG categorizó como «esenciales» o «adecuadas» cuentan con el respaldo total o parcial del GRC. En la revisión no se pudo encontrar ninguna

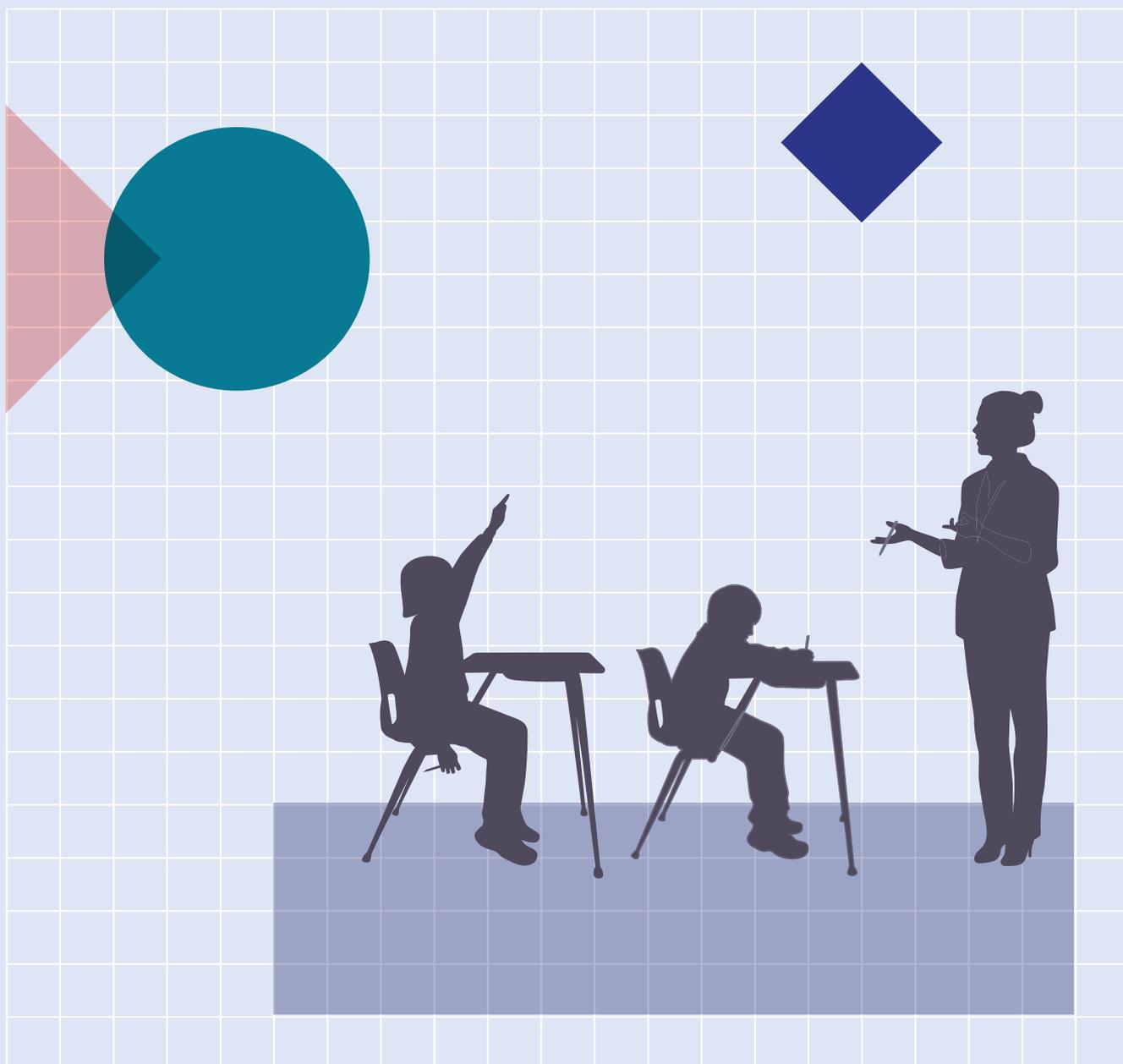
recomendación explícita en ninguna fuente mundial de la OMS sobre una de las intervenciones que el GDG incluyó en la lista (I-77. Derivación y apoyo para cuidadores infantiles, por ejemplo, estudiantes que ofrecen ayuda no remunerada a padres que no podrían salir adelante sin ella).

Cuadro 8. Número de intervenciones correspondientes a cada fuente de la OMS y a cada categoría atribuida por el GDG como esencial, adecuada o inadecuada en el marco de los SSE, en función de la ubicación

Fuentes de la OMS	Categorización como esencial/adecuada/inadecuada en función de la ubicación				TOTAL
	Esenciales en cualquier lugar	Adecuadas en cualquier lugar	Esenciales o adecuadas en determinados zonas geográficas	Inadecuadas	
Pleno respaldo del GRC	26	2	4	1	33
Respaldo parcial del GRC	27	2	0	0	29
Otro respaldo de la OMS	18	4	3	1	26
Sin respaldo de la OMS	0	1	0	5	6
TOTAL	71	9	7	7	94

Capítulo 6

Aplicación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar



6.1 Difusión de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

Las presentes Directrices se difundirán en forma de publicación impresa, y también estarán disponibles con sus anexos en el sitio web de la OMS. Para realizar esta difusión se contará con la ayuda de una amplia red de asociados internacionales, entre ellos las oficinas nacionales y regionales de la OMS, ministerios de educación y salud, centros colaboradores de la OMS, universidades y otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Las Directrices se redactaron en inglés y se traducirán a otros idiomas oficiales de la OMS para darles mayor difusión, en colaboración con las oficinas regionales de la OMS.

Asimismo, se estudiará cómo utilizar la tecnología digital para difundir y aplicar el presente documento. En el recuadro 6 se describen las modalidades de intervenciones digitales que pueden utilizarse para difundir y llevar a la práctica estas Directrices. En la sección 6.2 se indican brevemente otras consideraciones relativas a la aplicación, aunque está previsto que en los próximos años la OMS ofrezca materiales de orientación precisos sobre la implementación de los SSE, a fin de facilitar la puesta en práctica de la recomendación y del catálogo de intervenciones que incluyen estas Directrices.

Recuadro 6. Uso de la tecnología digital para facilitar la difusión y la aplicación de las Directrices

La OMS ha señalado una amplia variedad de mecanismos digitales de atención de salud que pueden resultar útiles dentro de los sistemas sanitarios (221,222), algunos de los cuales también podrían emplearse para difundir y aplicar las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar, dependiendo del contexto de cada país. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de usos de la tecnología digital cuya utilidad para los SSE cabría analizar (223):

- **alumnos y familias:** comunicación específica y no específica (con inclusión de la transmisión de información sanitaria o las alertas sobre eventos sanitarios); presentación de información basada en los ciudadanos (por ejemplo, información sobre las opiniones recabadas por el sistema sanitario o eventos de salud pública);
- **prestadores de atención de salud:** prestación de formación y provisión de contenidos educativos a los trabajadores sanitarios; apoyo a la toma de decisiones de los prestadores; telemedicina (por ejemplo, para monitorear a distancia la salud de los alumnos); registro de alumnos y gestión de expedientes médicos; seguimiento del

estado de salud de los pacientes y de los servicios; comunicación con los prestadores; coordinación de las derivaciones; planificación y programación; formación; gestión de la medicación; y gestión de los laboratorios y de los sistemas de diagnóstico por imagen;

- **gestores de los sistemas de salud:** gestión de recursos humanos; notificación de existencias y gestión de productos; notificación de eventos de salud pública; financiación de los sistemas de salud; gestión de equipos y activos; gestión de las instalaciones; y
- **servicios en materia de datos:** recopilación, gestión y utilización de datos; y mapeo de la ubicación.

El hecho de que muchas de estas actividades pueden realizarse a través de dispositivos móviles las hace factibles en entornos con pocos recursos, donde tal vez no haya amplios sistemas informáticos, ni sea viable contar con ellos. Sin embargo, estas actividades también pueden llevarse a cabo utilizando dispositivos digitales no móviles, por ejemplo, computadoras de escritorio (221).

6.2 Adaptación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar al ámbito nacional

Estas Directrices son de ámbito mundial, de modo que cabe esperar que los Estados Miembros de la OMS adapten la recomendación y el catálogo de intervenciones referentes a los SSE a su contexto y a las posibilidades de su país. Para llevar a cabo estos procesos podrán solicitar ayuda a las oficinas regionales y nacionales de la OMS.

6.2.1 Los SSE en el marco de las estrategias nacionales de salud de mayor alcance

La mayoría de países ya disponen, de algún modo, de programas de SSE, de manera que en la mayor parte de los casos sus gobiernos no crearán un programa nacional para este tipo de servicios desde cero, sino que evaluarán y mejorarán estratégicamente los programas ya existentes para ampliar su alcance y reforzar su fundamentación en datos probatorios. En cualquier caso, el desarrollo o la mejora de los programas nacionales de SSE debe realizarse dentro de la definición de una estrategia nacional de salud más amplia. La OMS ha elaborado orientaciones prácticas sobre la definición de estrategias nacionales de salud que pueden adaptarse a esas iniciativas (224-226). Por ejemplo, en la publicación de la OMS de 2016 titulada «Strategizing national health in the 21st century: a handbook» (225) (Manual para definir estrategias nacionales de salud en el siglo XXI) se describen los pasos fundamentales para elaborar estrategias nacionales de salud, que pueden adaptarse para definir estrategias nacionales de SSE, a saber:

- consulta a la población sobre las necesidades y expectativas
- análisis intersectorial de la situación
- establecimiento de prioridades de las políticas, las estrategias y los planes nacionales
- planificación estratégica (transformar las prioridades en planes)
- planificación operativa (transformar los planes en actuaciones)
- estimación de los costos de las políticas, estrategias y planes
- elaboración de presupuestos en materia de salud
- seguimiento, evaluación y revisión de políticas, estrategias y planes
- legislación, reglamentación y elaboración de estrategias
- elaboración de estrategias sanitarias a nivel

subnacional

- planificación intersectorial de la salud y la equidad
- elaboración de estrategias en contextos difíciles.

6.2.2 Un modelo organizativo para los SSE

La figura 5 muestra un modelo organizativo básico para los SSE donde aparecen las principales partes interesadas que intervienen en la programación de este tipo de servicios. Desde el nivel nacional hasta el local, es importante que la dirección de los SSE se lleve a cabo mediante una estrecha colaboración entre los sectores de la salud y la educación. Para implementar cualquiera de los pilares de las EPS es ideal contar con la colaboración entre estos dos sectores, pero para poder ofrecer unos SSE integrales eficaces es imprescindible que esa colaboración sea genuina y estrecha.

6.2.2.1 Política, planificación y financiación nacionales

Además del sanitario y el educativo, hay otros sectores que también pueden desempeñar un papel importante en la política, la planificación y la financiación a nivel nacional, por ejemplo, los ministerios gubernamentales dedicados a otros ámbitos (como servicios sociales o agua y saneamiento), el sector privado y las organizaciones no gubernamentales.

6.2.2.2 Implementación local

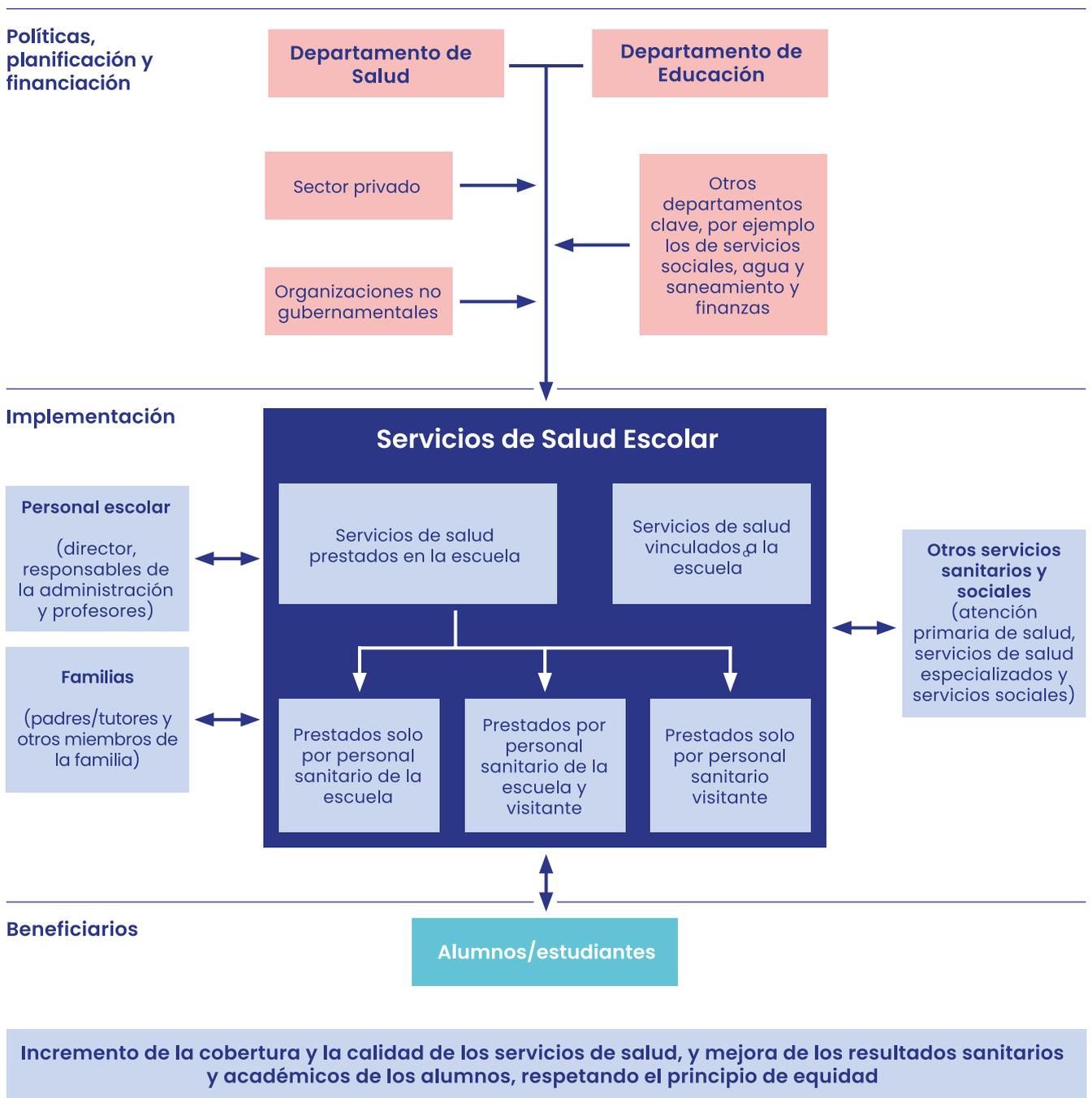
Los SSE pueden implementarse a través de diferentes estructuras a nivel local. Lo más habitual es que se trate de servicios de salud prestados en las escuelas, es decir, servicios suministrados únicamente por personal sanitario de las escuelas, por personal sanitario de las escuelas y visitante o únicamente por personal sanitario visitante (8). Sin embargo, los SSE también (o alternativamente) pueden prestarse a través de servicios vinculados a las escuelas; según esta modalidad, los SSE no se prestan físicamente en los colegios, sino fuera de ellos (por ejemplo, en establecimientos de atención primaria o en centros comunitarios). Estos establecimientos y/o prestadores de SSE vinculados a la escuela han firmado un acuerdo oficial con la administración de la escuela para prestar dichos servicios a sus alumnos. Cabe esperar que el personal que preste los SSE esté integrado principalmente por trabajadores sanitarios formados (como enfermeros, clínicos, médicos, auxiliares médicos, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos y asesores). Estos profesionales

deben colaborar estrechamente con el personal educativo (incluidos los directores de escuela, los administradores y los profesores) y con el personal de otros ámbitos de los servicios sanitarios y sociales (por ejemplo, de atención primaria de salud, de servicios especializados o con asistentes sociales). Además, deben comunicarse directamente con los padres para coordinar la atención de los alumnos, entre otras cosas, para realizar derivaciones y seguimientos.

6.2.2.3 Beneficiarios

Los principales beneficiarios de los SSE son los alumnos/estudiantes. Por otro lado, estos últimos y sus familiares pueden ayudar a conformar y supervisar estos servicios a través de la investigación participativa y de otras actividades.

Figura 5. Un modelo organizativo para los SSE



a Son los SSE prestados fuera de las instalaciones de la escuela por parte de establecimientos y/o proveedores que han firmado un acuerdo oficial con la administración del centro educativo para ofrecer dichos servicios a sus alumnos/estudiantes.

6.2.3 Definición de prioridades con respecto a las afecciones y las intervenciones sanitarias en los SSE

Al programar los SSE los gobiernos nacionales deben determinar y abordar sus propias prioridades, ya que:

- las necesidades de salud de los niños y adolescentes tienen una naturaleza, unas dimensiones y unas repercusiones únicas en cada país;
- todos los gobiernos tienen unos recursos limitados, por lo que deben tomar decisiones difíciles para garantizar el uso más efectivo posible de los que van a destinar a los SSE; y
- la estructura y el funcionamiento del sistema general de salud varían de un país a otro.

Hay varios documentos mundiales que ofrecen orientación a los gobiernos nacionales acerca de cómo priorizar las afecciones y las intervenciones sanitarias en el ámbito de su población. Las instancias normativas y los responsables de elaborar los programas pueden adaptar esos documentos a sus necesidades cuando decidan las intervenciones que deben incluir los SSE. El recuadro 7 enumera algunos recursos clave que se pueden utilizar en este proceso.

Por ejemplo, en la Guía AA-HA! de alcance mundial (4) y sus anexos y apéndices (19) se indica a los gobiernos cómo pueden priorizar las intervenciones de salud dirigidas a los adolescentes siguiendo tres pasos, a saber: realizar una evaluación de las necesidades, un análisis de la situación general y un ejercicio de establecimiento de prioridades. Del mismo modo, las instancias normativas dedicadas a los SSE y los responsables de elaborar los programas en esta materia pueden evaluar el contexto y las necesidades de salud de los niños y los adolescentes de su país antes de desarrollar, o mejorar, los programas de los SSE. Para ello, deberían realizar, entre otras, las siguientes actuaciones:

- una evaluación de las necesidades a fin de saber qué afecciones tienen un mayor impacto en la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes, tanto en su conjunto (agrupados por edad, sexo y zona del país) como entre los más vulnerables;

- un análisis de la situación general de:
 - los programas, las políticas, la legislación, la capacidad y los recursos existentes en materia de salud escolar, y evaluar su relación con los demás sistemas de salud y de educación del país;
 - las orientaciones mundiales y locales vigentes sobre intervenciones basadas en datos probatorios: un punto de partida para este proceso puede ser el catálogo de intervenciones (cuadro 6 y anexo H) y su compendio de apoyo (véase el anexo A), donde se recopilan extractos de las orientaciones de la OMS específicas para cada intervención y se citan las fuentes de la Organización a las que se puede acceder para obtener más información; y
- el establecimiento de prioridades considerando:
 - la gravedad, la frecuencia, la magnitud y las consecuencias de cargas concretas;
 - las necesidades de los adolescentes más vulnerables;
 - la existencia de intervenciones eficaces, adecuadas, aceptables, viables y/o costoeficaces que permitan reducir las cargas;
 - la disponibilidad de recursos y de capacidad para implementar o ampliar las intervenciones prioritarias de forma equitativa en el marco de los SSE; y
 - la categorización de las intervenciones por parte del GDG como «esenciales para los SSE en cualquier lugar», «adecuadas para los SSE en cualquier lugar», «esenciales o adecuadas para los SSE solo en determinadas zonas geográficas» o «inadecuadas para los SSE en cualquier lugar» (catálogo de intervenciones del cuadro 6 y del anexo H; compendio de intervenciones del anexo A).

La figura 6 ofrece una panorámica general de cómo se definen las prioridades de las intervenciones de los SSE a nivel nacional.

Recuadro 7. Recursos para priorizar las intervenciones al realizar la programación nacional de los SSE

Además del catálogo (tabla 6 y anexo H) y del compendio de intervenciones (véase el Anexo A), las siguientes publicaciones ofrecen orientaciones genéricas para detectar las subpoblaciones desfavorecidas y/o para establecer prioridades al realizar la programación nacional de la sanidad. Estos documentos pueden servir de ayuda a las partes interesadas cuando deban priorizar las intervenciones al llevar a cabo la programación nacional de los SSE:

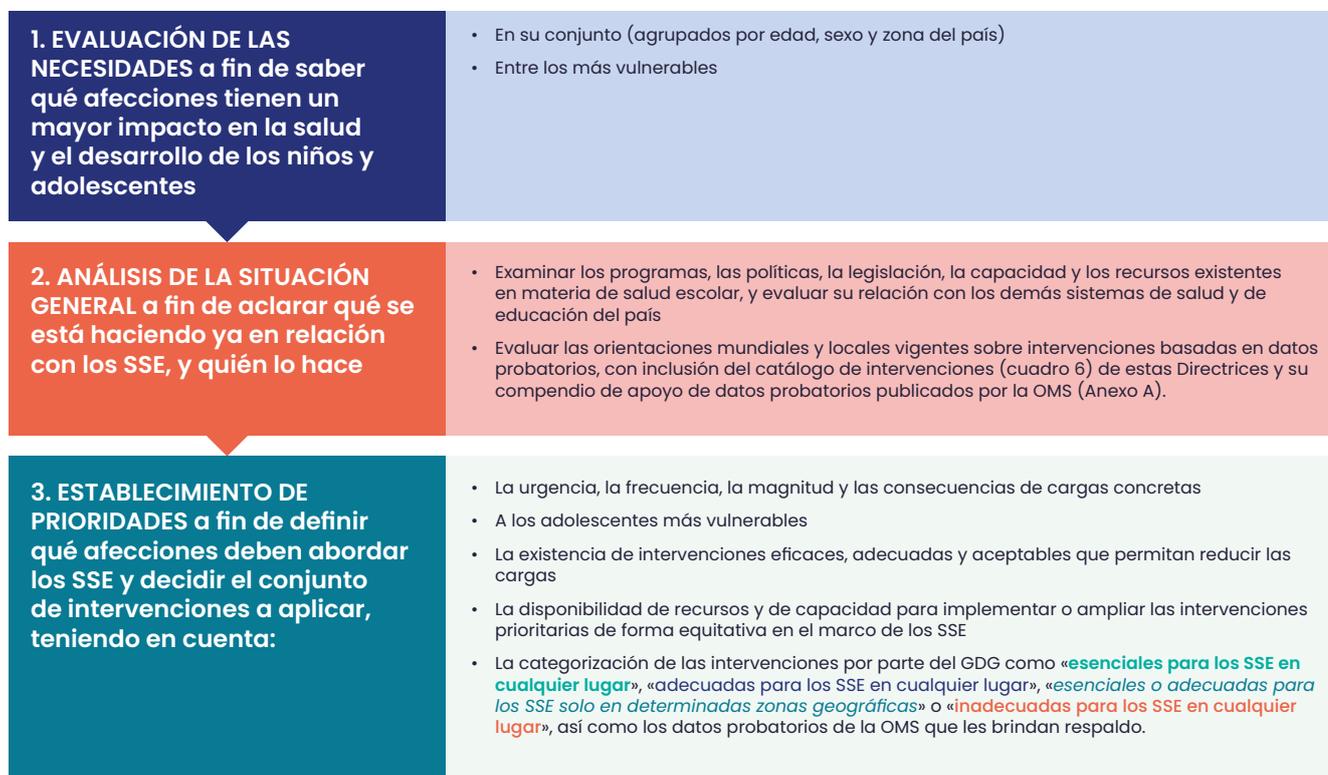
- OMS, Making fair choices on the path to universal health coverage, 2014 (227)
- OMS, Strategizing national health in the 21st century: a handbook, capítulo 4, 2016 (225)
- OMS, Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!), capítulo 4, 2017 (4)
- OMS, Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA), with a focus on disadvantaged adolescents, 2019 (6)6
- OMS, Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): a manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans, 2019 (226)
- Baltussen et al., Priority setting for universal health coverage, 2016 (228)
- Tromp & Baltussen, Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions, 2012 (229).

6.2.4 Consideraciones para la implementación a fin de garantizar la cobertura, la calidad, la equidad y la confidencialidad

La cobertura efectiva de los SSE es la proporción de una población estudiantil que necesita recibir esos servicios y los obtiene de manera oportuna y con el nivel de calidad necesario para lograr los efectos deseados y los beneficios posibles para la salud (5). La calidad de los SSE es el grado en que esos servicios incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en términos de salud de los alumnos y se ajustan a los conocimientos profesionales actuales (7). La equidad de los SSE es la ausencia de diferencias evitables, injustas o

remediables dentro de una población estudiantil. Implica que todos los alumnos tengan las mismas oportunidades para utilizar los SSE y que ninguno esté en desventaja para hacerlo. En términos más generales, los SSE tienen la capacidad de mejorar la equidad sanitaria al permitir que los alumnos desfavorecidos reciban una atención de salud que de otro modo no podrían recibir. La prestación de estos servicios podría significar dar un paso importante hacia la consecución de la CSU y evitar dejar atrás a ningún niño o adolescente (6). En el recuadro 8 se describen con más detalle las posibilidades que ofrecen los SSE para incrementar la equidad sanitaria.

Figura 6. Pasos para definir las prioridades de las intervenciones de los SSE a nivel nacional.



6.2.4 Consideraciones para la implementación a fin de garantizar la cobertura, la calidad, la equidad y la confidencialidad

La cobertura efectiva de los SSE es la proporción de una población estudiantil que necesita recibir esos servicios y los obtiene de manera oportuna y con el nivel de calidad necesario para lograr los efectos deseados y los beneficios posibles para la salud (5). La calidad de los SSE es el grado en que esos servicios incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en términos de salud de los alumnos y se ajustan a los conocimientos profesionales actuales (7). La equidad de los SSE es la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables dentro de una población estudiantil. Implica que todos los alumnos tengan las mismas oportunidades para utilizar los SSE y que ninguno esté en desventaja para hacerlo. En términos más generales, los SSE tienen la capacidad de mejorar la equidad sanitaria al permitir que los alumnos desfavorecidos reciban una atención de salud que de otro modo no podrían recibir. La prestación de estos servicios podría significar dar un paso importante hacia la consecución de la CSU y evitar dejar atrás a ningún niño o adolescente (6). En el recuadro 8 se describen con más detalle las posibilidades que ofrecen los SSE para incrementar la equidad sanitaria.

La **confidencialidad** es otro aspecto clave de la programación de los SSE que merece una consideración especial, como ocurre con cualquier

servicio de salud destinado a niños y adolescentes. Es importante que los programas nacionales de SSE establezcan procedimientos para garantizar:

- que la información sobre los alumnos no se revele a terceros;
- que la información personal, incluidos los expedientes de los alumnos, se guarde de forma segura;
- que existan requisitos claros sobre la distribución del espacio físico de los establecimientos dedicados a los SSE, y que se garantice la privacidad visual y auditiva durante el registro y las consultas con los prestadores de esos servicios; y
- que las consultas que se realicen a los alumnos adolescentes acompañados por sus padres o tutores incluyan sistemáticamente un tiempo a solas con el adolescente (4).

Además, deberían revisarse las leyes y políticas nacionales para indicar, de forma clara e inequívoca, en qué situaciones se puede violar la confidencialidad en los SSE, con quién y por qué motivos (por ejemplo, para revelar abusos sexuales a un menor, pensamientos suicidas significativos, conductas autolesivas o intenciones homicidas). Deben establecerse procedimientos operativos normalizados para abordar las situaciones en las que se pueda violar la confidencialidad por exigencias legales (4).

Recuadro 8. De qué manera los SSE pueden incrementar la equidad sanitaria

Los SSE tienen la capacidad de mejorar la equidad sanitaria entre los niños y adolescentes al permitir que los alumnos puedan acceder a unos servicios de salud que de otro modo no recibirían (6). Los alumnos desfavorecidos (por ejemplo, los pertenecientes a poblaciones de bajos ingresos o marginadas socialmente) tienen menos probabilidades de recibir atención médica y más de desarrollar problemas de salud crónicos. Posiblemente, padezcan más estrés y cansancio crónicos y más hambre que otros alumnos, y además tengan más probabilidades de sufrir deficiencias visuales y auditivas.

En una revisión de 46 estudios se evaluaron principalmente los dispensarios ubicados en escuelas que atendían a estudiantes de secundaria de zonas urbanas, con bajos ingresos y pertenecientes a minorías raciales o étnicas en los Estados Unidos. Esta revisión puso de manifiesto que el uso de los centros de salud ubicados en las escuelas (CSUE) por parte de los alumnos estaba asociado con unos mejores resultados académicos (medidos en términos de promedio de calificaciones y de tasas de promoción de curso, de expulsiones

temporales y de no finalización de los estudios) y con los resultados de salud (medidos a partir de la vacunación y del uso de otros servicios preventivos, la morbilidad por asma, la utilización de los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios, el uso de anticonceptivos entre las alumnas, la atención prenatal, el peso al nacer, el consumo de sustancias ilegales y el consumo de alcohol) (24). Además, se estableció una relación entre un mayor número de servicios y de horas de disponibilidad con una mayor reducción del uso excesivo de los servicios de urgencias.

Dado que en esta revisión se consideraron principalmente SSE brindados en los Estados Unidos, el alcance de sus conclusiones está acotado, y es posible que no se puedan generalizar a otros países, especialmente a los de ingreso mediano bajo. No obstante, los resultados son prometedores, ya que sugieren que los SSE pueden incrementar la oferta de los servicios médicos que necesitan los niños desfavorecidos, y con ello mejorar la equidad sanitaria; y más prometedores son aun si los programas de SSE dan prioridad a lograr la equidad sanitaria.

6.2.5 Utilización del catálogo de intervenciones y su compendio de apoyo

En el recuadro 9 se presenta un ejemplo hipotético y simplificado que muestra a las partes interesadas

cómo pueden utilizar el catálogo (cuadro 6 y anexo H) y el compendio de intervenciones (véase el Anexo A) para elaborar o actualizar los programas nacionales de SSE.

Recuadro 9. Ejemplo hipotético de cómo utilizar el catálogo y el compendio de intervenciones para elaborar los programas nacionales de SSE

Tomando un ejemplo simplificado situado en un país hipotético, en primer lugar, los representantes de alto nivel de los sectores de la salud y la educación acuerdan desarrollar y codirigir un programa nacional de SSE y, posteriormente, reúnen a un grupo de trabajo intersectorial integrado por partes interesadas gubernamentales, de organizaciones no gubernamentales y del sector privado para trabajar en ello. El grupo de trabajo inicia una evaluación de las necesidades relativas a la salud de los niños en edad escolar, a continuación realiza un análisis de la situación general de los SSE, y por último establece las prioridades de los SSE. Las conclusiones de la evaluación de las necesidades ponen de manifiesto la existencia de muchas afecciones o problemas que podrían abordarse a través de los SSE, como los problemas de nutrición, las discapacidades, el maltrato infantil y el estrés, que serán los ejemplos que se analizarán más adelante.

A continuación, en el análisis de la situación general, el gobierno evalúa cómo se están abordando actualmente estas afecciones y determina las posibles intervenciones que desearía introducir o reforzar en los SSE, como la prestación de educación nutricional, el cribado para detectar maltrato por parte de padres/madres o tutores, la derivación y el apoyo para atender las discapacidades, y la derivación y el apoyo para neutralizar el riesgo de suicidio o de conductas autolesivas.

Al consultar el catálogo de intervenciones de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar (cuadro 6), las partes interesadas nacionales observan que tres de ellas (I-13, I-34 y I-69) están categorizadas como «esenciales para los SSE en cualquier lugar». A continuación, consultan las orientaciones detalladas sobre cada una de estas tres intervenciones que figuran en el Anexo A.

Además, las partes interesadas nacionales observan que la cuarta intervención (cribado para detectar maltrato por parte de padres/madres o tutores) aparece clasificada como

«inadecuada para los SSE en cualquier lugar» en el recuadro 5 de estas Directrices. El recuadro 5 cita el documento titulado WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment (98), por lo que consultan directamente esa fuente y observan que recomienda que los prestadores de servicios de salud no apliquen un enfoque de cribado universal del maltrato infantil. Además, comprueban que la OMS recomienda otras tres intervenciones para que el sector de la salud responda al maltrato infantil. Examinan a fondo estas tres intervenciones y deciden incorporarlas a su programa nacional de SSE. Son las siguientes:

1. los prestadores de atención de salud deben estar atentos a las manifestaciones clínicas del maltrato infantil y a los factores de riesgo asociados a él, y evaluar el maltrato infantil sin exponer al niño a un riesgo mayor;
2. los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta la exposición al maltrato infantil al examinar a los niños con afecciones que pueden ser causadas o complicadas por ese maltrato, a fin de mejorar el diagnóstico y el cribado, así como la atención posterior, sin exponer al niño a un riesgo mayor; y
3. en los centros de salud debe existir información escrita sobre el maltrato infantil en forma de carteles y folletos (que incluyan las advertencias oportunas sobre la conveniencia de llevárselos a casa en caso de que eso pueda poner en riesgo la seguridad).

El cuadro 9 ofrece un resumen simplificado de la información recopilada a partir de estas fuentes referentes a las cuatro intervenciones. Sobre la base de estas conclusiones, las instancias normativas nacionales y los responsables de elaborar los programas deciden seguir adelante con el desarrollo y la planificación de tres de las cuatro intervenciones del catálogo al elaborar el programa nacional de los SSE (I-13, I-34 e I-69), pero descartan incluir en ellos la cuarta intervención.

Cuadro 9. Ejemplo simplificado de cómo utilizar las Directrices y su catálogo y compendio de intervenciones para decidir qué intervenciones incluir en un programa nacional de SSE

CATÁLOGO DE INTERVENCIONES	APÉNDICE. COMPENDIO DE INTERVENCIONES INADECUADAS PARA SU INCLUSIÓN EN LOS SSE			DECISIÓN NACIONAL HIPOTÉTICA
Denominación breve: categorización	Denominación larga	Ejemplo de orientaciones concretas de la OMS	Fuente del texto citado	
<p>I-13. Prestación de educación nutricional esencial para los SSE en cualquier lugar</p>	<p>I-13. Prestación de educación para la salud sobre nutrición</p>	<p>I-13 – PA265. Intervenciones de alta intensidad realizadas en las escuelas, centradas en la dieta y/o la actividad física, que tienen un carácter integral y multicomponente, y que incluyen: un plan de estudios sobre la dieta y/o la actividad física impartido por profesores formados; un entorno/ políticas escolares favorables; un programa sobre actividad física; un componente destinado a los padres/familiares; (y/o) opciones de alimentos saludables ofrecidas a través de los servicios alimentarios de la escuela: cafetería, máquinas expendedoras, etc. (101)</p>	<p>OMS (2009). Interventions on diet and physical activity: what works (101)</p>	<p>Consultar también el informe (101) y otras fuentes referentes a la intervención I-13 en el compendio, a fin de obtener información detallada sobre la adaptación de esta intervención basada en datos probatorios a los SSE</p>
<p>I-69. Derivación a rehabilitación y prestación de ayuda por discapacidad Esencial para los SSE en cualquier lugar</p>	<p>I-69. Derivación y apoyo para la rehabilitación, habilitación, tecnología de asistencia, asistencia y servicios de ayuda para personas que sufren traumatismos o discapacidades (por ejemplo, las que padecen deficiencias visuales o auditivas o problemas oculares/de oído, las que padecen discapacidades físicas o trastornos motrices o las que sufren lesiones derivadas de la práctica de deporte)</p>	<p>I-69 – PA246. Invertir en programas y servicios específicos para personas con discapacidad (por ejemplo, además de los servicios habituales, algunas personas con discapacidad pueden necesitar ayudas concretas, como rehabilitación, servicios de ayuda o formación. La rehabilitación –incluyendo en ella las tecnologías de asistencia como las sillas de ruedas, los audífonos y los bastones blancos– mejora la funcionalidad y la independencia. La existencia de una serie de servicios de asistencia y apoyo bien regulados en la comunidad puede satisfacer las necesidades de atención, y permitir que las personas lleven una vida independiente y participen en la actividad económica, social y cultural de sus comunidades. ... Si bien se requieren más servicios, también se necesitan servicios multidisciplinarios mejores, más accesibles, flexibles, integrados y bien coordinados, en particular en los momentos de transición, como por ejemplo entre los servicios destinados a los niños y a los adultos) (182)</p>	<p>OMS, Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad 2011 (182)</p>	<p>Consultar también el informe (182) y otras fuentes referentes a la intervención I-69 en el compendio, a fin de obtener información detallada sobre la adaptación de esta intervención basada en datos probatorios a los SSE</p>

Cuadro 9. cont.

CATÁLOGO DE INTERVENCIONES		APÉNDICE. COMPENDIO DE INTERVENCIONES INADECUADAS PARA SU INCLUSIÓN EN LOS SSE		DECISIÓN NACIONAL HIPOTÉTICA
Denominación breve: categorización	Denominación larga	Ejemplo de orientaciones concretas de la OMS	Fuente del texto citado	
I-82. Derivación y apoyo para neutralizar el riesgo de suicidio o de conductas autolesivas Esencial para los SSE en cualquier lugar	I-82 Derivación y apoyo para neutralizar el riesgo de suicidio y para el tratamiento de las conductas autolesivas	I-82 - PA207. La guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la OMS de 2016 recomienda evaluar exhaustivamente a todas las personas que presenten pensamientos, planes o actos de autolesión. La guía recomienda preguntar a toda persona mayor de 10 años que sufra un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias de carácter prioritario (o dolor crónico o angustia emocional aguda) sobre sus pensamientos, planes o actos relacionados con la autolesión y el suicidio (106)	OMS (2016). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) – versión 2.0 (106)	Consultar también la guía (106) y otras fuentes referentes a la intervención I-82 en el compendio, a fin de obtener información detallada sobre la adaptación de esta intervención basada en datos probatorios a los SSE
Cribado para detectar maltrato por parte de padres/madres o tutores INADECUADA para los SSE en cualquier lugar	Cribado para detectar maltrato por parte de padres/madres o tutores	(Recuadro 5) Los prestadores de servicios de salud no deben aplicar un enfoque de cribado universal para detectar maltrato infantil (por ejemplo, un instrumento normalizado, o un conjunto de criterios o preguntas para todos los niños que acudan a los servicios de salud) (95)	OMS (2019). Technical report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment (95)	No incluir esta intervención en el programa de SSE Examinar el informe (95) y optar por otras intervenciones (basadas en datos probatorios) para abordar el maltrato infantil

Nota: en el recuadro 9 se ofrece una descripción más amplia de este ejemplo hipotético.

En las referencias que figuran en los anexos de estas Directrices se enumeran las 149 publicaciones de la OMS que constituyen las fuentes de los procedimientos y actividades basados en datos probatorios que se detallan en el compendio. Esta lista incluye un gran número de directrices de la OMS y otros documentos mundiales de orientación que se pueden consultar en línea. En el recuadro 10 se muestran algunos ejemplos.

6.2.6 Seguimiento y evaluación de la implementación de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

En todos los procesos de implementación de estas Directrices deben incorporarse actividades de seguimiento y evaluación para valorar la eficacia, documentar las lecciones importantes a aprender y orientar la ejecución posterior.

La OMS utilizará principalmente su encuesta mundial sobre la política de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, que se

realiza de forma periódica, para evaluar cómo se incluye la recomendación sobre los SSE en las políticas nacionales. Esta encuesta se realiza cada dos o tres años. Asimismo, también se analizarán otras encuestas para evaluar la inclusión de los SSE en las políticas nacionales, los planes de estudio y los cursos de formación. La OMS colaborará con las autoridades nacionales para que las evaluaciones sistemáticas nacionales de la formación, la vigilancia de la salud y las prácticas de supervisión pertinentes incluyan preguntas sobre la nueva recomendación, y acerca de cómo han percibido los educadores, el personal sanitario y otros miembros de la comunidad su puesta en práctica. Además, se hará un seguimiento de los avances en la aplicación y de los obstáculos encontrados.

La OMS y la UNESCO han elaborado pautas e indicadores mundiales para las escuelas y sistemas promotores de la salud (3,230). Dado que una de las ocho pautas se refiere a los SSE, se han propuesto herramientas e indicadores que permitan realizar el seguimiento y la evaluación de esos servicios (3).

Recuadro 10. Selección de recursos de la OMS para obtener orientaciones más detalladas sobre las intervenciones basadas en datos probatorios

Las referencias que figuran en los anexos de estas Directrices contienen información sobre las 149 publicaciones de la OMS que se citan en el compendio de intervenciones. Esta lista de recursos puede servir para obtener más información sobre diversos temas relacionados con los SSE. A continuación se muestran algunos ejemplos.

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: directrices para la aplicación, 2009 (137)
- Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo, 2011 (115)
- IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of illnesses with limited-resources, 2012 (133)
- Persisting pain in children package: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses, 2012 (158)
- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos, 2012 (149)
- Guideline for the management of conditions specifically related to stress, 2013 (193)
- Directriz: actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños, 2013 (173)
- Guidelines for the treatment of malaria, third edition, 2015 (167)
- Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: WHO mhGAP guideline update, May 2015, 2015 (160)
- WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings, 2015 (157)
- Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children, 2016 (150)
- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update, 2016 (116)
- Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls, 2016 (178)
- WHO guideline: daily iron supplementation in infants and children, 2016 (177)
- Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS, 2017 (144)
- Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition, 2018 (103)
- WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Technical report, 2019 (95).

6.3 Necesidades adicionales de orientación e investigación

6.3.1 Orientación sobre los SSE

Está previsto que las presentes Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar formen parte de una serie de documentos de orientación detallados de alcance mundial sobre salud escolar. Estas Directrices pretenden sentar las bases para futuras orientaciones a partir de la recomendación de que se implementen SSE integrales, dada la existencia de datos probatorios rigurosos que sugieren que son eficaces y que gozan de aceptación. Además, el presente documento ofrece un catálogo de 87 intervenciones, respaldadas por datos probatorios de la OMS, que deberían tenerse en cuenta para ser incluidas en los SSE, al tiempo que señala 7 intervenciones que no son adecuadas para formar parte de esos servicios. Estas Directrices también ofrecen algunas orientaciones a los gobiernos nacionales sobre cómo priorizar las intervenciones, pero son de carácter general.

6.3.2 Investigación sobre los SSE

A la vista de las numerosas áreas y actividades de salud que podrían incluirse en los SSE, hay muchos temas sobre los que se necesitan más investigaciones y datos probatorios para fundamentar este tipo de servicios. A partir de las carencias en materia de investigación que se detectaron durante la redacción de estas Directrices, el GDG elaboró la siguiente lista de investigaciones que conviene realizar. No se trata de una lista exhaustiva de temas a investigar, sino únicamente una serie de ejemplos de importancia.

6.3.2.1 Gobernanza y organización

Es necesario evaluar:

- los resultados asociados a las diferentes formas de gobernanza de los SSE (por ejemplo, contrastando los resultados obtenidos bajo los liderazgos del sector educativo y del sector sanitario, a nivel nacional y local);
- los diferentes modelos de infraestructura u organización que se derivan de las diferentes formas de gobernanza;
- los resultados asociados a las diferentes cualificaciones de los trabajadores sanitarios que intervienen en los SSE (por ejemplo, enfermeros y asistentes médicos) y a las diversas composiciones de los equipos que trabajan en esos servicios (considerando, por ejemplo, sus cualificaciones, especialidades y sectores);

- la gestión de los SSE, considerando, entre otros, los datos sobre transparencia, rendición de cuentas y seguimiento a nivel escolar y nacional, por ejemplo, acerca de si la inclusión de indicadores de seguimiento sencillos y pragmáticos mejora los resultados; y
- la manera de satisfacer eficazmente las necesidades de salud de los niños y adolescentes desfavorecidos (incluidos los no escolarizados) cumpliendo los criterios de calidad, cobertura y equidad.

6.3.2.2 Normas sobre atención, modos de prestación y resultados en materia de eficacia

Es necesario investigar acerca de:

- las normas sobre la atención y los resultados en materia de eficacia;
- los modos de prestación de servicios y los resultados en materia de eficacia;
- la diferenciación por sexo y edad de los resultados en materia de eficacia, en particular para los alumnos pertenecientes a los grupos de edad de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 19 años, diferenciados por sexo;
- los posibles daños causados por los SSE (por ejemplo, los relacionados con la confidencialidad);
- el impacto general sobre el bienestar (más allá de los resultados 1 y 2 medidos);
- los efectos combinados de un paquete de SSE en diversos resultados, incluidos los educativos;
- los efectos combinados de los seis pilares de las EPS en diversos resultados; y
- la calidad y los aspectos éticos de los SSE, como la inclusión y la confidencialidad.

Si bien los ensayos controlados aleatorizados podrían ser el método de referencia para realizar algunos tipos de investigaciones médicas, es posible que no sea viable utilizarlos para evaluar intervenciones sociales o de salud pública como los SSE, ya que son muy caros, requieren tiempo y plantean desafíos complejos, como la asignación aleatoria de escuelas o ciudades a los SSE integrales. En su lugar, el GDG sugiere que se adopte un enfoque científico de la ejecución utilizando otros métodos, como los estudios controlados de tipo antes-después y los estudios de series temporales interrumpidas.

6.3.2.3 Resultados sobre la aceptabilidad

Se necesitan:

- investigaciones cualitativas sobre la satisfacción de los alumnos y las familias o sobre la aceptabilidad de los SSE;
- investigaciones participativas en las que intervengan jóvenes sobre las prioridades, las mejores prácticas, la aceptabilidad y la equidad de los SSE; y
- estudios en los que se diferencien por sexo y edad los resultados sobre la aceptabilidad, por ejemplo para los alumnos pertenecientes a grupos de edad de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 19 años, diferenciados por sexo.

6.3.2.4 Investigación sobre la implementación de las intervenciones

Es necesario investigar acerca de:

- cómo mejorar la administración o el liderazgo en el ámbito de los SSE;
- cómo se evalúa la organización de la formación y la fidelidad de las intervenciones;
- la implementación de los SSE en entornos humanitarios o frágiles; y
- la mejor manera de adaptar los SSE en momentos de crisis, por ejemplo utilizando la telemedicina durante una epidemia (100,205).

6.3.2.5 Relación costo-eficacia

Se necesitan:

- estudios sobre la relación costo-eficacia para saber, por ejemplo, la inversión mínima necesaria para maximizar los efectos.

6.3.2.6 Países de ingreso mediano bajo

Se necesitan:

- estudios controlados y/o prospectivos de países de ingreso mediano bajo, que abarquen diversos entornos culturales, por ejemplo en África subsahariana y Asia sudoriental; y
- estudios de casos sobre los SSE de diferentes países de todas las regiones de la OMS.

6.3.2.7 Innovación

Es necesario investigar acerca de:

- la tecnología de telesalud o telemedicina (con inclusión de las conexiones desde las escuelas a los centros de atención terciaria, y de las «visitas» de salud mental de alumnos remotos/rurales con especialistas ubicados en zonas urbanas); y
- otras posibilidades relativamente baratas para ofrecer SSE, como la distribución de tareas y las clínicas móviles.

6.4 Actualización de las Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar

El Grupo Directivo, en consulta con los miembros del GDG y los expertos técnicos, seguirá estudiando los avances que se produzcan en las investigaciones sobre los SSE, especialmente en relación con aquellas cuestiones sobre las que actualmente se disponen de datos probatorios de certidumbre baja o muy baja. Si surgen nuevas informaciones que

dejen obsoleta la revisión de datos probatorios que sustenta estas Directrices, la OMS coordinará una actualización siguiendo los procedimientos formales que establece el Manual para la elaboración de directrices de la OMS (2).

Referencias

1. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction–GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
2. Manual para la elaboración de directrices, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>).
3. Making every school a health promoting school. Global standards and indicators for health promoting schools and systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021 (URL to be added).
4. Global accelerated action for the health of adolescents (AAA-HA): guidance to support country implementation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/).
5. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978;56(2):295–303. PMID:96953.
6. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents: knowing which adolescents are being left behind on the path to universal health coverage, and why. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310990>).
7. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-standards-child-adolescent/en/).
8. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev.* 2015;2(4):268–83. doi:10.14485/HBPR.2.4.4.
9. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 4, art. CD008958. doi:10.1002/14651858.CD008958.pub2.
10. Making every school a health promoting school. En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/making-every-school-a-health-promoting-school/en/).
11. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglis SL, Ameratunga S et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet commission. *Lancet* 2020;395(10224):605–58. doi:10.1016/S0140-6736(19)32540-1.
12. The state of the world population 2018. The power of choice: reproductive rights and the demographic transition. Nueva York (NY), Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), 2018 (<https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210474108>).
13. Levels and trends in child mortality 2019: estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. Nueva York (NY), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>).
14. Global health estimates (GHE). En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).
15. Progress in partnership: 2017 progress report on the 'Every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health'. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en calidad de organización anfitriona de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño) 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258504>).
16. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387(10036):2423–78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.

17. Jensen BB, Dür W, Buijs G. The application of salutogenesis in schools. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B et al, editors. *The handbook of salutogenesis*. Heidelberg: Springer; 2017.
18. 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(4):472–6. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.06.042.
19. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation: annexes 1–6 and appendices I–IV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf).
20. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1).
21. Inscripción escolar, nivel primario (% neto). En: Banco Mundial [website]. Washington (DC), Banco Mundial, 2020 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.PRM.NENR>).
22. Inscripción escolar, nivel secundario (% neto). En: Banco Mundial [website]. Washington (DC), Banco Mundial, 2020 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.SEC.NENR>).
23. International standard of classification of education: ISCED 1997. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2006 (http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf).
24. Knopf JA, Finnie RKC, Peng Y, Hahn RA, Truman BI, Vernon-Smiley M et al. School-based health centers to advance health equity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2016;51(1):114–26. doi:10.1016/j.amepre.2016.01.009.
25. Global school health initiatives: achieving health and education outcomes. Report of a meeting, Bangkok, Thailand, 23–25 November 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes>).
26. Monitoring and evaluation guidance for school health programmes: eight core indicators to support FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). París, UNESCO, 2014 (https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/FRESH_M%26E_CORE_INDICATORS.pdf).
27. Focusing Resources on effective school health: a FRESH start to enhancing the quality and equity of education. World education forum 2000, final report. París, Organización Mundial de la Salud, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, 2000 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124086>).
28. What is a health promoting school? En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/health-promoting-schools/overview/en/>).
29. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>).
30. Fernandes M, Aurino E. Identifying an essential package for school-age child health: economic analysis. In: Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. *Child and adolescent health and development, third edition*. Washington (DC), Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, 2017.
31. 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(10104):1792–806. doi:10.1016/S0140-6736(17)30872-3.
32. Improving health through schools: national and international strategies. Compiled and edited by Isolde Birdthistle. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66314>).
33. Making every school a health-promoting school. Implementation guidance. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021 (URL to be added).
34. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach, revised edition. París, UNESCO, 2018 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>).

35. Water sanitation and hygiene (WASH) in schools: a companion to the Child Friendly Schools manual. Nueva York (NY), UNICEF, 2012.
36. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>).
37. WASH en la Agenda 2030: Nuevos indicadores a nivel mundial para agua para consumo, saneamiento e higiene. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, UNICEF, 2017 (https://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/coverage/wash-post-2015-brochure/en/).
38. Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. WHO information series on school health document eleven. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.3; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70207>).
39. Family life, reproductive health: key elements of a health-promoting school. WHO information series on school health document eight. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42816>).
40. School deworming at a glance. WHO and World Bank joint statement 2003. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, 2003 (https://www.who.int/intestinal_worms/resources/joint_statement_WHO_World_Bank/en/).
41. Malaria prevention and control: an important responsibility of a health-promoting school. WHO information series on school health document thirteen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43734>).
42. Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://www.who.int/immunization/documents/ISBN_9789241549769/en/).
43. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017/Vaccins contre les papillomavirus humains: note de synthèse de l'OMS, Mai 2017. *Weekly Epidemiological Record/Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2017;92(19): 241–68 (https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/hpv/en/).
44. School and adolescent health services in 30 European countries: a description of structure and functioning, and of health outcomes and costs, July 2018: Commission Deliverable D17 (3.1) for the European Commission. 2018: Models of Child Health Appraised. Bruselas, Comisión Europea, 2018.
45. Guidelines for declaration of interests (WHO experts). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/medicines/news/2017/Guidelines_for_Declaration_of_Interests_WHO_Experts_51b2CRD.pdf).
46. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
47. 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(6):e0212603. doi:10.1371/journal.pone.0212603.
48. Domitrovich CE, Bradshaw CP, Greenberg MT, Embry D, Poduska JM Ialongo NS. Integrated models of school-based prevention: logic and theory. *Psychol Sch.* 2010;47(1):71–88. doi:10.1002/pits.20452.
49. Montgomery P, Ross DA, Patterson J, Bach-Mortensen AM. The effectiveness and acceptability of comprehensive and multicomponent school health services: a systematic review. *J Adolesc Health.* En imprenta.
50. GRADEpro recommendations assessment. En: GRADEpro [website]. Hamilton (ON), GRADEpro, 2021 (<https://www.gradeworkinggroup.org>).
51. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health* 2019;4(suppl. 1):e000844. doi:10.1136/bmjgh-2018-000844.
52. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ* 2016;355:i4919. doi:10.1136/bmj.i4919.
53. CASP checklist: 12 questions to help you make sense of an economic evaluation. Oxford, Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2018 (<https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Economic-Evaluation-Checklist-2018.pdf>).
54. Thomas J, Harden A, Newman M. Synthesis: combining results systematically and appropriately. In: Gough D, Oliver S, Thomas J, editors. *An introduction to systematic reviews.* Londres, Sage, 2012.

55. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
56. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(12):1311–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.06.004.
57. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, Garside R et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci.* 2018;13(suppl. 1), art. 10. doi:10.1186/s13012-017-0689-2.
58. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(suppl. 1), art. 2. doi:10.1186/s13012-017-0688-3.
59. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Yetter Y, Flottrop S et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
60. Guo JJ, Jang R, Keller KN, McCracken AL, Pan W, Cluxton RJ. Impact of school-based health centers on children with asthma. *J Adolesc Health* 2005;37(4): 266–74. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.09.006.
61. Rodriguez E, Rivera DA, Perloth D, Becker E, Wang NE, Landau M. School nurses' role in asthma management, school absenteeism, and cost savings: a demonstration project. *J Sch Health* 2013;83(12):842–50. doi:10.1111/josh.12102.
62. Van Cura M. The relationship between school-based health centers, rates of early dismissal from school, and loss of seat time. *J Sch Health* 2010;80(8):371–7. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00516.x.
63. Walker SC, Kerns SEU, Lyon AR, Bruns EJ, Cosgrove TJ. Impact of school-based health center use on academic outcomes. *J Adolesc Health* 2010;46(3):251–7. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.07.002.
64. Kocoglu D, Emiroglu ON. The impact of comprehensive school nursing services on students' academic performance. *J Caring Sci.* 2017;6(1):5–17. doi:10.15171/jcs.2017.002.
65. Guo JJ, Wade TJ, Keller KN. Impact of school-based health centers on students with mental health problems. *Public Health Rep.* 2008;123(6):768–80. doi:10.1177/003335490812300613.
66. Siegel LP, Kriebel TA. Evaluation of school-based, high school health services. *J Sch Health* 1987;57(8):323–5. doi:10.1111/j.1746-1561.1987.tb03211.x.
67. Guo JJ, Wade TJ, Pan W, Keller KN. School-based health centers: cost-benefit analysis and impact on health care disparities. *Am J Public Health* 2010;100(9):1617–23. doi:10.2105/AJPH.2009.185181.
68. Roos PD, Paul HL, Nelson CW, Crooker M. A partial benefit: cost analysis of one school health room. *J Sch Health* 1984;54(4):162–6. doi:10.1111/j.1746-1561.1984.tb08803.x.
69. Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):642–8. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441.
70. Hutchinson P, Carton TW, Broussard M, Brown L, Chrestman S. Improving adolescent health through school-based health centers in post-Katrina New Orleans. *Children and Youth Serv Rev.* 2012;34(2):360–8. doi:10.1016/j.childyouth.2011.11.005.
71. Svebak S, Jensen EN, Gotestam KG. Some health effects of implementing school nursing in a Norwegian high school: a controlled study. *J Sch Nurs.* 2008;24(1):49–54. doi:10.1177/10598405080240010801.
72. Wade TJ, Mansour ME, Line K, Huentelman T, Keller KN. Improvements in health-related quality of life among school-based health center users in elementary and middle school. *Ambul Pediatr.* 2008;8(4):241–9. doi:10.1016/j.ambp.2008.02.004.
73. Borge AM, Manongi R, Masatu MC, Klepp K-I. Status and visions for the school health service as reported by local health care workers in Northern Tanzania. *East Afr J Public Health* 2008;5(2): 79–85. PMID:19024415.
74. Gibson EJ, Santelli JS, Minguéz M, Lord A, Schuyler AC. Measuring school health center impact on access to and quality of primary care. *J Adolesc Health* 2013;53(6):699–705. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.021.

75. Strolin-Goltzman J. The relationship between school-based health centers and the learning environment. *J Sch Health* 2010;80(3):153–9. doi:10.1111/j.1746-1561.2009.00480.x.
76. Zaghoul AA, Abou El Enein NY, Abdel Hameed AY, Shaheen M. Pattern of utilization of the school health insurance programme in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 2006;81(3–4):223–40. PMID:17382062.
77. Frikha Jarraya M, Ben Abdelaziz A, Ghedira A, Ghannem H. Attentes des adolescents vis-à-vis des services de santé scolaire à Sfax, Tunisie [Adolescents' expectations with regard to school health services in Sfax, Tunisia]. *Sante Publique* 2004;16(3):447–58. doi:10.3917/spub.043.0447 (en francés).
78. Afifi M. Adolescents' use of health services in Alexandria, Egypt: association with mental health problems. *East Mediterr Health J.* 2004;10(1–2):64–71. PMID:16201710.
79. Kumar R, Prinja S, Lakshmi PVM. Health care seeking behavior of adolescents: comparative study of two service delivery models. *Indian J Pediatr.* 2008;75(9):895–9. doi:10.1007/s12098-008-0098-2.
80. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Familiar I, Nock MK et al. Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *J Affect Disord.* 2010;120(1–3):32–9. doi:10.1016/j.jad.2009.04.008.
81. Otwombe K, Dietrich J, Laher F, Hornschuh S, Nkala B, Chimoyi L et al. Health-seeking behaviours by gender among adolescents in Soweto, South Africa. *Glob Health Action* 2015;8:25670. doi:10.3402/gha.v8.25670.
82. Abdulla HH, Khaleel MAW, Saadoon NY. Evaluation of school health services for primary school students provided by primary health care centers in Holy Karbala. *Indian J Public Health Res Dev.* 2018;9(2):96–100. doi:10.5958/0976-5506.2018.00099.2.
83. Ardahan M, Erkin O. The opinions of private and public school teachers regarding school nurses. *J Pak Med Assoc.* 2018;68(5):753–8. PMID:29885176.
84. Salehi S, Abedi H, Ghasemi T. Achieving the standard of the school health nursing process in elementary schools of Kerman, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(3):200–4. PMID:23833612.
85. Yoo IY, Yoo MS, Lee GY. Self-evaluated competencies of school nurses in Korea. *J Sch Health* 2004;74(4):144–6. doi:10.1111/j.1746-1561.2004.tb06618.x.
86. Dibakwane ST, Peu MD. Experiences of school health nurses regarding the provision of the school health service delivery in the Tshwane district. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018;10(1):e1–e8. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1807.
87. de Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz Z, Dias S, Ferreira EFE. Percepções de alunos do ensino fundamental e médio sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. [Elementary and lower secondary school students' perceptions of the Health at School programme: a case study in Belo Horizonte, Brazil]. *Cien Saude Colet.* 2018;23(9):2891–8. doi:10.1590/1413-81232018239.16582018 (en portugués).
88. Silva UOA, Nascimento GL, Santos IK, Azevedo KPM, Santos CF, Knackfuss MI et al. Health program in a Brazilian school. *Salud Publica Mex.* 2017;59(1):28–33. doi:10.21149/8412.
89. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, Aikes S. Implantação do programa saúde escolar no município de Cascavel, Paraná: relato de enfermeiras [Introduction of the school health program in the city of Cascavel, Paraná State: report of nurses]. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl. 4):1540–7. doi:10.1590/0034-7167-2017-0188 (en portugués).
90. Brasil EGM, da Silva RM, da Silva MRF, Rodrigues DP, Quieroz MVO. A promoção da saúde do adolescente e o programa saúde escolar: complexidade na articulação saúde-educação [Adolescent health promotion and the school health program: complexity in the articulation of health and education]. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03276. doi:10.1590/s1980-220x2016039303276 (en portugués).
91. Leite CT, Machado MdFAS, Vieira RP, Marinho MNAdSB, Monteiro CFdS et al. O programa de saúde escolar: percepções de professores [The school health program: teachers' perceptions]. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(2):280–7. doi:10.17533/udea.iee.v33n2a10 (en portugués).
92. Peu MD, Mataboge S, Ngunyulu R, Mulaudzi FM, Moloko Phiri SS. The challenges experienced by healthcare providers with regard to the provision of school healthcare services in Tshwane Sub-District, Gauteng Province. *Afr J Nurs Midwifery* 2016;17(suppl.):S209–S221. doi:10.25159/2520-5293/304.

93. Resolución A/RES/44/25 aprobada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989. Convención sobre los derechos del niño. En: Resoluciones y decisiones aprobadas por la Asamblea General en su cuadragésimo cuarto periodo de sesiones. Volumen I: Resoluciones y decisiones, 19 de septiembre–29 de diciembre de 1989. Nueva York (NY), Naciones Unidas, 1989 (Suplemento N° 49; <https://research.un.org/es/docs/ga/quick/regular/44>).
94. UHC compendium. Health interventions for universal health coverage. En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).
95. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Technical report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>).
96. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>).
97. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206450>).
98. WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.08>).
99. Intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene para prevenir la diarrea. En: Organización Mundial de la Salud, 2019 (www.who.int/elena/titles/wsh_diarrhoea/es/).
100. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de junio de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334360>).
101. Interventions on diet and physical activity: what works. Methodology. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<https://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/>).
102. WHO recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.09>).
103. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en/>).
104. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York (NY), ONU Mujeres, 2015 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/).
105. Promoting physical activity in schools: an important element of a health-promoting school. WHO information series on school health document twelve. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43733>).
106. 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. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>).
107. 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://apps.who.int/iris/handle/10665/311034>).
108. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599962/en/).
109. Sun protection: an essential element of health-promoting schools. WHO information series on school health document seven. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (WHO/NPH/02.6, WHO/SCHOOL/02.1; <https://www.who.int/ceh/publications/cehessential/en/>).
110. Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_adh_09_03/en/).

111. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/126318>).
112. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021: hacia el fin de las ITS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250253>).
113. Prevención de la violencia en la escuela: manual práctico. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331022>).
114. Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school. WHO information series on school health document ten. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42819>).
115. Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/).
116. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/es/>).
117. Técnicas de modificación de la conducta para promover la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q13/es/).
118. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77762/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf).
119. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43279>).
120. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>).
121. Cuidado primario del oído y la audición: material de capacitación. Nivel básico. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44019>).
122. Deafness and hearing loss. In: World Health Organization [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss).
123. Ceguera y discapacidad visual. En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>).
124. Pérdida de audición en la niñez: ¡qué hacer para actuar de inmediato! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (WHO/NMH/NVI/16.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204509>).
125. Childhood hearing loss: strategies for prevention and care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204632>).
126. Guidelines for hearing aids and services for developing countries, September 2004. second edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>).
127. Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/SCHOOL/98.4, WHO/HPR/HEP/98.3; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63907>).
128. Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258600>).
129. Summary of the WHO Position Paper on vaccines against human papillomavirus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/hpv/en/).
130. WHO recommendations for routine immunization: a user's guide to the summary tables. Updated 4th October 2012. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/a-user-s-guide-who-recommendations-for-routine-immunization>).

131. Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper – September 2015/ Réduction de la douleur au moment de la vaccination. Note de synthèse: position de l'OMS – Septembre 2015. Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire 2015;90(39):505–16. (https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/reducing_pain_vaccination/en/).
132. Autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. Meeting report, Geneva, Switzerland 16–18 September 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (WHO/MSD/MER/14.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/103312>).
133. IMAI district clinician manual: hospital care adolescents and adults. Guidelines for the management of illnesses with limited resources. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<https://www.who.int/hiv/pub/imai/imai2011/en/>).
134. Care for child development: improving the care of young children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, UNICEF, 2012 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/).
135. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf).
136. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>).
137. Directrices para la aplicación del CMCT de la OMS: Artículo 5.3, artículo 8, artículos 9 y 10, artículo 11, artículo 12, artículo 13, artículo 14. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/guide1_2011/es/).
138. Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools. WHO information series on school health document five. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (WHO/SCHOOL/98.5, WHO/HPR/HEP/98.5; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65608>).
139. Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51350>).
140. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181008>).
141. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>).
142. Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>).
143. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health-promoting schools. WHO information series on school health document six. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (WHO/SCHOOL/98.6, WHO/HPR/HEP/98.6; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66225>).
144. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>).
145. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 12: adolescents and young adults. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (WHO/CDS/HIV/18.13; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273172>).
146. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. HIV treatment – interim guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-18.51>).
147. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).
148. Community management of opioid overdose. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>).

149. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112396>).
150. Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463>).
151. Save lives: a road safety technical package. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>).
152. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/726/92%2075%2031599%20X.pdf>).
153. Burn prevention: success stories and lessons learned. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97938>).
154. The physical school environment: an essential element of a health-promoting school. WHO information series on school health document two. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42683>).
155. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44774>).
156. Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Comité Internacional de la Cruz Roja, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332275/9789240006331-spa.pdf>).
157. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250144>).
158. Conjunto de documentos sobre el dolor persistente en niños: directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77943>).
159. Intervenciones farmacológicas y de otro tipo para el tratamiento de los niños con trastornos de déficit de atención con hiperactividad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q7/es/).
160. Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders, 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/906642/retrieve>).
161. Asthma. En: Organización Mundial de la Salud [website]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>).
162. WHO recommendations on the management of diarrhoea and pneumonia in HIV-infected infants and children: integrated management of childhood illness (IMCI). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44471>).
163. Reconocimiento de las enfermedades tropicales desatendidas a partir de los cambios en la piel. Guía pedagógica dirigida al personal de salud de primera línea. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (WHO/HTM/NTD/2018.03; <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49699>).
164. Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290227007-spa.pdf>).
165. Eradication of yaws: a guide for programme managers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (WHO/CDS/NTD/IDM/2018.01; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259902>).
166. Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/NTD/DEN/2009.1; <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31071>).

167. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549127>).
168. WHO informal consultation on fever management in peripheral health care settings: a global review of evidence and practice. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241506489/en/>).
169. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, second edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/en/).
170. Treating measles in children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/interventions/TreatingMeaslesENG300.pdf).
171. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/es/).
172. Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months–14 years). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<https://www.who.int/nutrition/publications/hivaids/9789241597524/en/>).
173. Directriz: actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249206>).
174. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78128>).
175. Recommendation on 36 months isoniazid preventive therapy to adults and adolescents living with HIV in resource-constrained and high TB- and HIV-prevalence settings: 2015 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (WHO/HTM/TB/2015.15, WHO/HIV/2015.13; https://www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/).
176. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>).
177. Guideline: daily iron supplementation in infants and children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_iron_supp_childrens/en/).
178. Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_iron_supp_womenandgirls/en/).
179. WHO guideline: use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6–23 months and children aged 2–12 years. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549943>).
180. Caregiver skills training for the management of developmental disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q6/en/).
181. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>).
182. World report on disability 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, 2011 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>).
183. WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199544>).

184. Youth and road safety. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://www.who.int/management/programme/ncd/Youth%20and%20Road%20Safety.pdf>).
185. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312341>).
186. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>).
187. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/).
188. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ); 2005 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562889/en/).
189. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>).
190. WHO guidelines for the treatment of Genital Herpes Simplex virus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>).
191. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>).
192. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>).
193. Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/).
194. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, Visión Mundial Internacional. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44837>).
195. Psychosocial interventions for treatment of behavioural disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q5/en/).
196. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf).
197. Psychosocial interventions, treatment of emotional disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 ([https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q14/en/#:~:text=Psychological%20interventions,%20such%20as%20cognitive%20behavioural%20therapy%20\(CBT\),,be%20offered%20for%20the%20treatment%20of%20emotional%20disorders](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q14/en/#:~:text=Psychological%20interventions,%20such%20as%20cognitive%20behavioural%20therapy%20(CBT),,be%20offered%20for%20the%20treatment%20of%20emotional%20disorders)).
198. Antidepressants among adolescents with moderate-severe depressive disorder for whom psychosocial interventions have proven ineffective. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q11/en/).
199. Antidepresores (tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) en niños de 6 a 12 años que sufren un episodio depresivo o depresión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q10/es/).
200. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/).
201. Intervención farmacológica en los trastornos somatomorfos de niños y adolescentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q9/es/).

202. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, OCDE, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340027>).
203. Bloqueo tiroideo con yodo: guía para su utilización en la planificación y respuesta a emergencias nucleares y radiológicas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274677>).
204. Health emergency and disaster risk management framework. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/>).
205. Consideraciones para las medidas de salud pública relativas a las escuelas en el contexto de la COVID-19: anexo del documento consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19, 10 de mayo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332107>).
206. Personal protective equipment for use in a filovirus disease outbreak: rapid advice guideline. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/personal-protective-equipment/en/>).
207. Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>).
208. Foodborne disease outbreaks: guidelines for investigation and control. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43771>).
209. Meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa: WHO guideline. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (WHO/HSE/PED/CED/14.5; <https://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/guidelines2014/en/>).
210. Response to measles outbreaks in measles mortality reduction settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/IVB/09.03; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70047>).
211. Brotes de cólera: evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/CDS/CPE/ZFK/2004.4; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70493>).
212. Primeros pasos para controlar un brote de diarrea aguda. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (WHO_CDS_CSR_NCS_2003.7; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70551>).
213. School-based interventions for reducing deaths from suicide and suicide attempts among young people. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/qn10/en/).
214. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/MNH/MBD/00.3; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>).
215. Prevention of allergy and allergic asthma. Based on the WHO/WAO meeting on the prevention of allergy and allergic asthma, Geneva, 8–9 January 2002. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (https://www.who.int/respiratory/publications/allergy_prevention/en/).
216. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44088>).
217. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG, World Health Organization. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>).
218. Child and adolescent mental health policies and plans. WHO mental health policy and service guidance package - module 11. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WM 34 2005ME-1; https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage11/en/).
219. Directrices: Quimioterapia preventiva para controlar las geohelmintiasis en grupos de población en riesgo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49073>).
220. Guideline: alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (WHO/HTM/NTD/PCT/2017.07; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259381>).

221. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>).
222. Digital implementation investment guide (DIIG): integrating digital interventions into health programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>).
223. Classification of digital health interventions v1.0: a shared language to describe the uses of digital technology for health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (WHO/RHR/19.06; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>).
224. A framework for national health policies, strategies and plans. Draft 3 June 2010. World Health Organization (WHO) consultation document. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/NHStrategies_WHOconsultation.pdf).
225. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>).
226. 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/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-aa-manual-ah-strategies-plans/en/).
227. Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/).
228. Baltussen R, Jansen MP, Mikkelsen E, Tromp N, Hontelez J, Bijlmakers L et al. Priority setting for universal health coverage: we need evidence-informed deliberative processes, not just more evidence on cost-effectiveness. *Int J Health Policy Manag.* 2016;5(11):615–8. doi:10.15171/ijhpm.2016.83
229. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res.* 2012;12, art . 454. doi:10.1186/1472-6963-12-454.
230. A global review of policy, standards and guideline documentation for health promoting schools. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (URL to be added).

Anexo

Experta en el método GRADE, Grupo de Elaboración de Directrices y Grupo de Revisión Externa: afiliaciones, áreas de especialización y gestión de los conflictos de intereses

En este anexo se ofrece información adicional sobre la experta en el método GRADE y sobre los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices y del Grupo de Revisión Externa. Las declaraciones de intereses de todas estas personas quedaron documentadas y fueron evaluadas por la Secretaría de la OMS. Se entendió que los intereses declarados no obstaculizaban la participación de ninguna de estas personas en el proceso de elaboración o revisión de las recomendaciones.

Cuadro A1.1. Experta en el método GRADE

#	APELLIDO	Nombre	Sexo	Nacionalidad y/o país de residencia		Institución	Título	Intereses declarados	Decisión acerca de los intereses
				Región de la OMS	País				
1.	SIEGFRIED	Nandi	F	África	Sudáfrica	Médico especialista en salud pública, Ciudad del Cabo (Sudáfrica)	Experta en el método GRADE	Financiación dependiente de que se finalicen las Directrices	No se requirió ninguna otra actuación

Cuadro A1.2. Grupo de Elaboración de Directrices

#	APELLIDO	Nombre	Sexo	Nacionalidad y/o país de residencia		Institución	Título	Otras áreas de especialización	Intereses declarados	Decisión acerca de los intereses
				Región de la OMS	País					
1.	AFIFI	Rima	F	Mediterráneo Oriental/Las Américas	Libano/Estados Unidos	Centro de Investigación sobre Prevención en el Ámbito de la Salud Rural, Departamento de Salud Comunitaria y del Comportamiento, Facultad de Salud Pública, Universidad de Iowa (Estados Unidos)	Directora	Violencia; factores de protección de los jóvenes; evaluación de programas/sector académico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
2.	BENZIAN	Habib	M	Europa/Las Américas	Alemania/Estados Unidos	Facultad de Salud Pública Global, Universidad de Nueva York (Estados Unidos)	Profesor de investigación	Salud bucodental; agua, saneamiento e higiene; salud escolar/sector académico	En una ocasión trabajó para Unilever en un proyecto sobre la limpieza de los aseos	No se requirió ninguna otra actuación
3.	BIRUNGI	Harriet	F	África	Kenya	Consejo de Población	Directora para el país	Salud sexual y reproductiva; ejecución de programas de la sociedad civil/ antropología médica	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
4.	FERRAND	Rashida	F	África/Europa	Zimbabwe/Reino Unido	Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido) e Instituto de Investigación y Formación Biomédicas, Harare (Zimbabwe)	Profesora	VIH y salud sexual y reproductiva/ epidemióloga clínica académica	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
5.	GAETE	Jorge	M	Las Américas	Chile	Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile	Presidente	Salud mental; consumo de sustancias; violencia/ sector académico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
6.	GHARBI	Najat	F	Mediterráneo Oriental	Marruecos	División de Salud Escolar y Universitaria, Ministerio de Salud (Marruecos)	Jefa	Programas/salud del sector escolar	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
7.	FRANSEN-JAIBI	Henrica (Hetty) J. M.	F	Mediterráneo Oriental/Europa	Túnez/Paises Bajos	Programa de Ergoterapia, Universidad de Túnez-El Manar (Túnez) y Federación Mundial de Ergoterapeutas	Jefa, y Delegada	Programas/terapias ocupacionales	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
8.	LEVISON	Julia	F	Las Américas	Estados Unidos	Escuela de Salud Pública, Universidad de Boston (Estados Unidos)	Directora de proyecto	Salud escolar/ jóvenes académicos	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
9.	MAUGHAN	Erlin D.	F	Las Américas	Estados Unidos	Asociación Nacional de Enfermeros Escolares, Silver Spring, Maryland (Estados Unidos)	Directora de investigación	Enfermería/salud escolar; programas/ investigaciones operacionales	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación

Cuadro A1.2. cont.

#	APELLIDO	Nombre	Sexo	Nacionalidad y/o país de residencia		Institución	Título	Otras áreas de especialización	Intereses declarados	Decisión acerca de los intereses
				Región de la OMS	País					
10.	MURTHY	Gudlavalleti V.S.	M	Asia Sudoriental	India	Instituto Indio de Salud Pública, Hyderabad, Kavuri Hills, Madhapur Hyderabad (India)	Director	Audición; visión/ programas	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
11.	NALIPONGUIT	Ella Cecilia	F	Pacífico Occidental	Filipinas	Oficina de Servicios de Ayuda a los Alumnos, Departamento de Educación, Manila (Filipinas)	Directora	Educación/ programas	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
12.	RAHMAN	Atif	M	Mediterráneo Oriental/ Europa	Pakistán/Reino Unido	Instituto de Ciencias de la Salud de la Población, Universidad de Liverpool (Reino Unido)	Profesor	Salud escolar; salud mental/sector académico clínico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
13.	SAEWYC Presidenta	Elizabeth	F	Las Américas	Canadá	Escuela de Enfermería, División de Salud y Medicina Adolescentes, Vancouver (Canadá)	Directora	Enfermería/salud escolar; jóvenes vulnerables; investigación operacional/sector académico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
14.	SAWYER	Susan	F	Pacífico Occidental	Australia	Salud Adolescente, Universidad de Melbourne; y Centro de Salud Adolescente del Hospital Real de Niños, centro colaborador de la OMS en materia de salud adolescente, Melbourne (Australia)	Presidenta; y Directora	Salud adolescente; enfermedades crónicas; comportamientos de riesgo; modelos de atención/sector académico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
15.	SHI	Hui-jing	F	Pacífico Occidental	China	Departamento de Salud Materna, del Niño y del Adolescente, Facultad de Salud Pública, Universidad Fudan, Shanghai (China)	Directora Adjunta	Salud escolar/sector académico	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
16.	VIGAN	Sharlen	F	África	Togo	Grupo Banco Mundial, Lomé (Togo)	Especialista en protección social	Salud escolar; nutrición/ejecución de programas	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación

Cuadro A1.3. Grupo de Revisión Externa

#	APELLIDO	Nombre	Sexo	Nacionalidad y/o país de residencia		Institución	Título	Intereses declarados	Decisión acerca de los intereses
				Región de la OMS	País				
1.	DICK	Bruce	M	Europa	Suiza	Consultor independiente, Ginebra (Suiza) y Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland (Estados Unidos)	Consultor	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
2	KJOLHEDE	Chris	M	Las Américas	Estados Unidos	Centros de Salud Ubicados en las Escuelas, Bassett Healthcare Network, Cooperstown, Nueva York (Estados Unidos)	Consultor	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
3	MATEMVU	Maziko	F	África	Malawi	Her Liberty Malawi, Lilongwe (Malawi)	Directora de Programas	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
4.	MORGAN	Antony	M	Europa	Reino Unido	Universidad de Caledonia de Glasgow, Londres (Reino Unido)	Decano y profesor	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación
5.	PANIELLO CASTILLO	Blanca	F	Europa	España	Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina, Barcelona (España)	Asistente de Desarrollo de la Salud Pública	Ninguno	No se requirió ninguna otra actuación

