



Maximizar la repercusión atendiendo a las necesidades de los adolescentes en las notas conceptuales del Fondo Mundial

Inversiones estratégicas para los adolescentes en programas de VIH, tuberculosis y malaria

Julio de 2016
Ginebra (Suiza)

Los adolescentes presentan necesidades específicas sobre asistencia sanitaria, entre las que se incluyen el acceso a la prevención, el tratamiento y cuidado del sida, la tuberculosis y la malaria. No obstante, dichas necesidades no se reconocen ni se abordan en las estrategias nacionales. El Fondo Mundial proporciona directrices sobre cómo llegar a esta población, información sobre los servicios más adecuados y las oportunidades de participación de los adolescentes en el diseño y la prestación de los servicios.

Índice

Acrónimos y abreviaturas	2
Resumen ejecutivo	3
I. Introducción.....	7
01 Descripción general	7
02 Justificación	7
II. Inversión en adolescentes.....	14
01 Diálogo de país.....	16
02 Planes y políticas nacionales	17
03 Elaboración de la nota conceptual.....	18
III. Solicitud de financiamiento	23
Notas finales.....	58

Acrónimos y abreviaturas

ARV	antirretrovirales
TB-MR	tuberculosis multirresistente
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen ejecutivo

Los adolescentes presentan necesidades específicas distintas de las de otros grupos etarios. Sin embargo, el sector sanitario no ha considerado esta cuestión de forma coherente. Esta nota informativa sobre adolescentes apoya las inversiones estratégicas del Fondo Mundial destinadas a mejorar la salud y el bienestar de todos los adolescentes. La presente nota destaca las oportunidades y los requisitos para abordar e implicar a los adolescentes durante la fase de desarrollo de la nota conceptual en el ciclo de financiamiento, además de presentar los problemas relativos a los mismos en el contexto de sistemas sanitarios sostenibles y resistentes en torno a tres enfermedades, enfatizando sus distintas necesidades y retos en comparación con las de otros grupos poblacionales.

La presente nota informativa incluye:

- Propuestas de soluciones prácticas a toda una serie de dificultades a las que se enfrentan los adolescentes basadas en recomendaciones existentes y directrices técnicas.
- Preguntas orientativas para utilizar a medida que los países gestionan el modelo de financiamiento (diálogo de país, revisión de los planes nacionales y desarrollo de notas conceptuales).
- Recursos clave para el diseño y la planificación de intervenciones centradas en los adolescentes.

Los problemas que afectan a la adolescencia de forma más aguda que a otros grupos etarios —**desigualdad de sexos y vulnerabilidades relacionadas**, especialmente para las niñas; **leyes y políticas** que privan a los adolescentes de información y acceso a los servicios; **criminalización de comportamientos de alto riesgo y homosexualidad** que afecta a los adolescentes en poblaciones clave; **exclusión de centros docentes, estigmatización y discriminación**— indican las áreas que necesitan inversiones estratégicas más localizadas y la necesidad de avanzar hacia una cobertura sanitaria universal exige una transición de proyectos que resulten agradables a los adolescentes a proyectos que den respuesta a los problemas de este grupo poblacional.

Inversión en adolescentes

Existen oportunidades para abordar las necesidades de los adolescentes, como beneficiarios y asociados, en todos los procesos del Fondo Mundial. Durante el proceso de solicitud de financiamiento, los enfoques clave que sustentan las inversiones estratégicas en adolescentes incluyen:

- Apoyar **la plena participación de los adolescentes en los procesos del Mecanismo de Coordinación de País y el diálogo de país**.
- Velar por que los **adolescentes y sus necesidades específicas sean reconocidas y tratadas en planes y políticas nacionales**.
- Apoyar un **desglose de datos sobre adolescentes más coherente**, algo esencial para una inversión más estratégica dentro de esta población. Estos datos deben clarificar la situación específica de país para los adolescentes en lo relativo a la **epidemiología** de las tres enfermedades; la **prestación de servicios** (cobertura, acceso, obstáculos); los **factores sociales** que afectan los resultados en adolescentes; los problemas de **salud sexual y reproductiva** de mayor preocupación para los adolescentes; el alcance de la exclusión de las **poblaciones clave** de los servicios sanitarios y protecciones generales; los **derechos humanos y desigualdades de género; valores y normas sociales y sistemas comunitarios**, en cuanto a implicación de los adolescentes en la prestación de los servicios, su defensa y la toma de decisiones.
- Revisar los flujos de financiamiento e iniciativas dirigidas a los adolescentes a fin de **determinar las asignaciones específicas de presupuesto para adolescentes y los puntos en los que se requieren inversiones adicionales**.
- Distinguir a los **adolescentes como grupo objetivo separado** en los análisis programáticos de deficiencias.

La nota conceptual

Esta nota informativa presenta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaciones relativas a sistemas sanitarios resistentes y sostenibles, y respuestas frente al VIH, la tuberculosis y la malaria. Estas recomendaciones deben servir como base para las intervenciones potencialmente incluidas en la nota conceptual; algunas específicas para adolescentes y otras relativas a poblaciones más amplias que incluyen adolescentes.

Al diseñar y planificar intervenciones, existe un rango de consideraciones que son cruciales para asegurar que los programas responden a las necesidades específicas de la población adolescente en general o a subgrupos de adolescentes. La presente nota informativa trata problemas que deben abordarse a fin de reducir los obstáculos a los servicios y programas de apoyo que a menudo afrontan los adolescentes, especialmente las chicas, los adolescentes en grupos clave o que practican comportamientos similares a los de grupos clave u otros adolescentes vulnerables. Dichas áreas son:

Consideraciones sobre adolescentes relativas a sistemas para la salud resistentes y sostenibles

- Para los adolescentes, más que para otros grupos de edad, el acceso a los servicios está estrechamente vinculado al lugar y la forma en que se prestan dichos servicios. Los países deben considerar nuevos enfoques o formas de adaptar modelos de **prestación de servicios** para que satisfagan las necesidades de los adolescentes de manera más efectiva, al reconocer la heterogeneidad de los adolescentes. Los **modelos de prestación de servicio** que incrementan la aceptabilidad, asequibilidad y accesibilidad a los servicios y la **calidad de los mismos** influyen en su aceptación por parte de los adolescentes, en su efectividad y en si los adolescentes permanecerán comprometidos con su cuidado.
- El fortalecimiento de los **sistemas comunitarios** y las capacidades de liderazgo de los adolescentes pueden aumentar el acceso y mejorar la calidad de los servicios y los resultados para este colectivo etario.
- **Las barreras estructurales** y determinantes de salud relativas a edad, sexo, desigualdad de género, pobreza, exclusión del sistema educativo y derechos humanos representan retos significativos para los adolescentes, especialmente para aquellos en poblaciones clave y otros grupos vulnerables.

Consideraciones de adolescentes relativas a las áreas de intervención epidemiológica

VIH

Prevención del VIH. Los programas de prevención combinada utilizan una mezcla de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para satisfacer las necesidades de prevención del VIH en personas y comunidades específicas de forma que tengan la mayor repercusión posible en la reducción de nuevas infecciones. Los elementos de prevención combinada que más se ajustan a las necesidades de los adolescentes, en función de la epidemia de VIH del país o si el adolescente pertenece a un grupo clave o vulnerable, incluyen:

- **Intervenciones conductuales** como la educación sexual integral, la asesoría, la reducción de la estigmatización y la discriminación.
- **Intervenciones biomédicas** como los servicios de detección de VIH, preservativos masculinos y femeninos, lubricantes compatibles, servicios de salud sexual y reproductiva, circuncisión médica voluntaria, inicio inmediato de terapia con antirretrovirales para adolescentes con VIH, prevención de la transmisión maternoinfantil, profilaxis previa a la exposición para adolescentes mayores con riesgo significativo de VIH, profilaxis posterior a la exposición sexual o a inyecciones, prevención de infecciones de transmisión sexual, detección y tratamiento además de un paquete integral de reducción de riesgos para los adolescentes que consumen drogas intravenosas.

- **Intervenciones estructurales** que abordan las desigualdades sociales, económicas y de género; la despenalización de la homosexualidad y la prostitución, el consumo de drogas y los servicios de reducción de riesgos; la protección frente al acoso o la violencia policial; la reforma de la legislación, particularmente en lo relativo a la edad de consentimiento y las leyes de consentimiento paterno.

Tratamiento, cuidados y asistencia para el VIH. Esta nota informativa trata las nuevas recomendaciones de la OMS sobre los **critérios para el inicio de terapias con ARV** para adolescentes, la **selección de los planes de ARV** y la composición del **paquete de cuidados clínicos** para adolescentes, que deben incluir análisis para la detección del cáncer cervical y la vacunación contra el virus del papiloma humano¹. El apoyo a la adhesión al tratamiento y a que sigan recibiendo los cuidados incluye recomendaciones para **servicios sanitarios adaptados a los adolescentes** y **apoyo a la revelación de datos**, así como asesoría sobre los servicios innovadores más adecuados para los adolescentes. Las nuevas recomendaciones sobre la **frecuencia de visitas clínicas** y el **marco de cuidado diferenciado** son particularmente significativos para los adolescentes.

- **TUBERCULOSIS/VIH**

Los países deben centrarse en reforzar los sistemas sanitarios y comunitarios a fin de **aumentar el acceso a los servicios integrados para adolescentes y personalizar las "tres ies" de la coinfección tuberculosis/VIH para este grupo de edad**: búsqueda intensificada de casos, gestión de infecciones de tuberculosis latentes y control de las infecciones; para reducir la carga de tuberculosis entre los adolescentes seropositivos. Alentarles para que sigan el tratamiento es sumamente importante para los adolescentes con otros padecimientos y cuya carga de medicamentos es aún mayor, lo que aumenta el potencial de incumplimiento del tratamiento.

Todas las recomendaciones sobre tuberculosis/VIH y actividades conjuntas son pertinentes para los adolescentes.

- **Tuberculosis**

Aunque las pruebas específicas de tuberculosis en adolescentes son limitadas, las características de la adolescencia apuntan a la necesidad de **enfoques innovadores para aumentar la detección y el seguimiento del contacto entre redes adolescentes, fomentar un comportamiento saludable para la prevención de la tuberculosis, e incrementar la concienciación, el diagnóstico y el tratamiento, además de reducir la estigmatización y la discriminación** resultantes de la interrupción de las rutinas cotidianas cuando se necesita tratamiento. Además, un incremento de la concienciación de la transmisión de la tuberculosis es especialmente importante, ya que la mayoría de los adolescentes presentan la tuberculosis de tipo adulto, con más probabilidades de sufrir infecciones que los niños más jóvenes, además de compartir más espacios comunes dentro de las comunidades, lo que incrementa de nuevo el riesgo de infección.

Todas las recomendaciones sobre tuberculosis para niños y adultos son pertinentes para los adolescentes jóvenes y mayores.

¹ Dos vacunas contra el VPH tienen licencia de uso en muchos países y están respaldadas por GAVI (Alianza Global para Vacunas e Inmunización).

- **Malaria**

En general, la infección de malaria en los adolescentes es un problema poco reconocido, pero la prevención, diagnóstico y **tratamiento de la malaria debe tener una elevada prioridad en los programas sanitarios dirigidos a los adolescentes**. La malaria durante el embarazo produce varias consecuencias maternas, fetales y neonatales especialmente importantes para las adolescentes embarazadas. Ya que los embarazos primerizos presentan mayor riesgo de contraer malaria, y en muchos países con malaria endémica más del 50% de los embarazos primerizos se producen en adolescentes, la prevención y el **tratamiento de la malaria deben ser componentes importantes de los servicios prenatales para adolescentes**.

La infección por VIH aumenta la prevalencia de la malaria *Plasmodium falciparum* durante el embarazo, especialmente durante el primero, que, en África, se produce a menudo en las adolescentes; **las estrategias para reducir la malaria o el VIH en adolescentes debería, por tanto, ofrecer una continuidad en los cuidados**: antes de la concepción, durante el embarazo y en el postparto, además de incluir información adecuada y servicios preventivos y curativos.

Todas las recomendaciones sobre malaria para niños y adultos son pertinentes para los adolescentes jóvenes o mayores.

I. Introducción

01 Descripción general

Los nuevos y ambiciosos objetivos y compromisos mundiales buscan reducir las desigualdades, aumentar la resistencia de los sistemas sanitarios y acelerar las respuestas frente al VIH, la tuberculosis y la malaria.^{i, ii, iii, iv, v, vi} Abordar las necesidades de los adolescentes es esencial para el éxito de dichos objetivos y compromisos, aunque se están quedando fuera de las respuestas a los grandes desafíos sanitarios actuales. Las inversiones sanitarias mundiales no han dado prioridad a los adolescentes: a menudo no los diferencian de los niños ni de los adultos, también son excluidos de la participación igualitaria en la sociedad y pocas veces tienen voz ni voto en procesos de compromiso político o cívico. Los servicios adaptados a las necesidades de los adolescentes no existen en muchos países a nivel programático nacional y los servicios disponibles a menudo presentan barreras jurídicas, sociales y logísticas para ellos, privándoles de su derecho a la salud. Es necesario comprender lo que es diferente en los adolescentes y la forma de invertir de forma más estratégica para este grupo etario a fin de alcanzar las metas y objetivos de las agendas sanitarias mundiales.

02 Justificación

Los adolescentes presentan necesidades específicas distintas de las que tienen los niños o los adultos; sin embargo, esta situación no se ha reconocido de forma coherente en el sector de la salud. En consecuencia, no se han priorizado la investigación, la recopilación de datos ni las intervenciones específicas para este grupo etario. Los datos disponibles no son precisos y para el VIH, la tuberculosis y la malaria hay pocas pruebas sobre las intervenciones que funcionan de forma concreta para adolescentes en entornos complicados. Esto dificulta la planificación de programas que aborden de forma efectiva los retos de adolescentes a fin de permitirles reclamar sus derechos a la autonomía y a la salud. Las barreras jurídicas, culturales, económicas, institucionales, de derechos humanos o desigualdad de sexos también afectan a los adolescentes, especialmente a las chicas, de una forma más pronunciada que a cualquier otro grupo etario. Además, los adolescentes no están lo suficientemente implicados en el trabajo que mejoraría su acceso y la calidad de los servicios además del apoyo necesario para que permanezcan bajo cuidado médico.

Esta nota informativa sobre adolescencia apoya las inversiones estratégicas del Fondo Mundial destinadas a mejorar la salud y el bienestar de todos los adolescentes.² Destaca las oportunidades y los requisitos para abordar e implicar a los adolescentes durante la fase de desarrollo de la nota conceptual del ciclo de financiamiento, además de presentar los problemas relativos a los adolescentes en el contexto de sistemas sanitarios sostenibles y resistentes en torno a lastres enfermedades, enfatizando sus distintas necesidades y retos en comparación con los de otros colectivos.

La presente nota informativa incluye:

- Propuestas de soluciones prácticas para una serie de dificultades de los adolescentes basadas en recomendaciones existentes³ y directrices técnicas.
- Preguntas orientativas para utilizarse a medida que los países gestionan el modelo de financiamiento (diálogo de país, revisión de los planes nacionales y elaboración de notas conceptuales).
- Recursos clave para el diseño y la planificación de intervenciones centradas en los adolescentes.

² Los problemas e intervenciones tratados en la presente nota pueden tener efectos beneficiosos para un grupo más amplio de jóvenes (10-24 años).

³ Algunas recomendaciones formales emitidas por la OMS son específicas para los adolescentes y otras son pertinentes para los adolescentes como parte de grupos más amplios de población.

Cuadro 1. Definiciones

Adolescentes

La OMS define a los adolescentes como aquellas **personas con una edad comprendida entre 10 y 19 años**, por lo que la mayoría de los adolescentes se incluyen en la definición basada en la edad adoptada por la Convención sobre los Derechos del Niño ^{vii} como personas menores de 18 años. Existen otros términos solapados definidos por las Naciones Unidas, como “juventud” (15-24 años) y “personas jóvenes” (10-24 años). Pero la edad es solo una de las características que marcan este período de desarrollo. Un niño de 10 años es muy diferente a un joven de 19. Para acomodar las distintas fases de desarrollo en la segunda década de la vida, la adolescencia, en general, se divide entre temprana (10-13 años), intermedia (14-16 años) y tardía (17-19 años).^{viii} Los países deben tener en cuenta estas diferencias al planificar las intervenciones de prevención, tratamiento y cuidado del VIH, la tuberculosis y la malaria en adolescentes.

Poblaciones clave

Para el VIH, las poblaciones clave son grupos de población definidos que, debido a comportamientos específicos de alto riesgo, son más proclives a contraer el VIH, sin distinción del tipo epidemiológico o el contexto local. A menudo tienen problemas legales y sociales relativos a sus comportamientos que incrementan su vulnerabilidad al VIH. Los cinco colectivos clave son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, adictos a drogas intravenosas, presidiarios o personas en entornos cerrados, trabajadores del sexo o personas transgénero.^{ix}

Los adolescentes pueden pertenecer a uno o varios de estos grupos clave, o participar en actividades asociadas con estos colectivos. La discriminación, la estigmatización y la violencia difundidas y combinadas con las vulnerabilidades concretas de la juventud, el desequilibrio de poder en las relaciones y, en algunos casos, el distanciamiento de la familia y los amigos aumenta el riesgo de participación voluntaria o involuntaria en comportamientos que los exponen a contraer el VIH, como mantener relaciones sexuales frecuentes sin protección y el uso compartido de jeringas para inyectarse drogas.^x

A menudo puede no ser adecuado etiquetar a los adolescentes jóvenes (10-14 años) como “poblaciones clave”, especialmente en lo relativo a la prostitución. El trabajo sexual describe el sexo consentido entre adultos, cuando se intercambia dinero o bienes por servicios sexuales, de forma habitual u ocasional; los trabajadores del sexo pueden ser mujeres, hombres o adultos transgénero. El término “trabajo sexual” se utiliza en esta nota técnica al referirse exclusivamente a personas mayores de 18 años. Al referirse a los adolescentes menores de 18, se hace referencia a la explotación sexual de los niños, según el artículo 34 de la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual asegura la protección de la infancia ante todas las formas de abuso y explotación sexual.^{vii}

Para la tuberculosis, el Fondo Mundial identifica grupos específicos como poblaciones clave: reclusos y colectivos en confinamiento, personas seropositivas, refugiados y poblaciones indígenas. Otros grupos vulnerables a la tuberculosis incluyen a los mineros, drogadictos y habitantes de barrios marginales urbanos.^{xi}

Para la malaria, los colectivos clave no están tan bien definidos como para el VIH y la tuberculosis; sin embargo, los refugiados, emigrantes, desplazados internos y poblaciones indígenas de zonas endémicas de malaria (incluidos los adolescentes) tienen mayor riesgo de transmisión y menos acceso a los servicios y al cuidado médico.^{xiii}

Adolescentes vulnerables

Los adolescentes que no forman parte de los grupos clave pero que pueden ser particularmente vulnerables incluyen a: huérfanos, niños de la calle u hogares con cabezas de familia muy jóvenes; adolescentes con discapacidad; afectados por la pobreza o excluidos del entorno escolar; jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres adultos o varias relaciones sexuales concurrentes; chicas víctimas de violencia de género y afectadas por la explotación sexual o la trata de blancas.

La adolescencia es distinta

La adolescencia es un período vital diferenciado, y los adolescentes son distintos de los niños (menores de 10 años) y los adultos. La adolescencia es un período de oportunidades para fomentar e inculcar actitudes positivas y saludables, normas, habilidades para la toma de decisiones, hábitos y comportamientos. Al mismo tiempo, los adolescentes son únicos en su forma de ver el mundo y pueden verse influidos por distintos tipos de información y su forma de pensar sobre el futuro y cómo toman sus decisiones en el presente. Los adolescentes tienen una capacidad no totalmente desarrollada para evaluar el riesgo y medir las consecuencias de sus decisiones, lo que, aunado a su incipiente sexualidad y autonomía, influye en comportamientos que pueden afectar a su salud física y emocional a corto y largo plazo.^{xiii} También presentan riesgos elevados debido a los rápidos cambios físicos, psicológicos, sociales y de desarrollo neuronal durante este ciclo de la vida.^{viii} Dichas características aumentan la repercusión de los servicios sanitarios de baja calidad y los obstáculos que les impiden tener acceso a ellos, además de influir en la forma en que los adolescentes interactúan con los servicios y proveedores de asistencia sanitaria. La adolescencia también es un período de considerable transición social: la identificación con un grupo concreto puede ser más importante que las relaciones familiares y los amigos pueden llegar a ser más influyentes en la toma de decisiones y el comportamiento. No obstante, la familia sigue siendo una estructura de apoyo fundamental para muchos adolescentes, y dicho rol forma parte integral de su salud y bienestar.⁴

A diferencia de otros grupos etarios, los adolescentes presentan muchas diferencias entre ellos. Existen variaciones significativas en el momento de aparición de hitos de desarrollo, el momento y la cantidad de cambios en la velocidad de crecimiento durante la adolescencia. Como resultado, pueden existir grandes diferencias en el desarrollo y las vulnerabilidades entre adolescentes de la misma edad, y a menudo hay diferencias significativas entre niñas y niños adolescentes.^{xiv} Algunos adolescentes se identifican como transgénero;^x otros, como en las poblaciones adultas, se identifican fuera del concepto binario de género.^{xv} No todos los adolescentes asisten a centros educativos. Los adolescentes en tratamiento para el VIH o tuberculosis, o ambos, pueden ser excluidos de la escuela y aislados de sus compañeros. Viven en entornos urbanos y rurales con distintos tipos y niveles de servicios disponibles. Algunos adolescentes viven sin apoyo paterno. La heterogeneidad de los adolescentes exige enfoques que tengan en cuenta las amplias y específicas necesidades de los subgrupos de adolescentes.

Los desafíos sociales y estructurales afectan a los adolescentes de forma más pronunciada que a otros grupos etarios, lo que tiene un efecto significativo en el acceso a la información y los servicios. Por ejemplo, la criminalización de ciertos actos es un elemento disuasorio significativo para la búsqueda de servicios, especialmente para los adolescentes de colectivos clave; los obstáculos en la edad de consentimiento impiden el acceso a información crucial y servicios en torno al VIH o la salud sexual y reproductiva, y las restricciones económicas imposibilitan que muchos adolescentes paguen los servicios médicos. La comprensión de los determinantes clave de la salud adolescente y la forma en la que pueden cambiar para diferentes edades y subgrupos de adolescentes es importante a fin de identificar qué adolescentes son los más vulnerables; indicar áreas susceptibles de inversión estratégica de mayor cuantía y facilitar la implicación de sectores no sanitarios que influyan en los resultados de la salud de los adolescentes: educación, trabajo, bienestar social y justicia, entre otros. (Consulte el cuadro 2.)

⁴ En algunos contextos, los miembros clave de la comunidad tales como líderes religiosos, culturales o políticos también desempeñan un papel importante en la vida de los adolescentes.

Cuadro 2. Determinantes estructurales y sociales de la salud de los adolescentes^{viii} (adaptado de fuente de referencia)

Características individuales como edad, sexo, género, estado civil, discapacidad, conocimiento y aspiraciones, comportamientos individuales.

Entorno inmediato que incluye familias, compañeros, profesores y colegios, proveedores de servicios y otros adultos significativos en la vida de los adolescentes.

Valores y normas sociales incluyen la presión social relativa al matrimonio temprano y la estigmatización en torno a la sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

Vulnerabilidades relacionadas con el género que llevan al matrimonio infantil, violencia, la pobreza, las prácticas culturales nocivas y la explotación sexual, especialmente cuando el sexo se convierte en una transacción para satisfacer derechos básicos a la educación, la salud y la protección.

Las **políticas y la legislación** -en especial en lo relativo a la edad de consentimiento, las notificaciones obligatorias y el acceso a pruebas de VIH y anticoncepción- pueden disminuir o perpetuar las disparidades económicas y sociales que socavan la salud del adolescente, disminuyen el acceso a los servicios e interfieren en la autodeterminación.

Criminalización de la homosexualidad, trabajo sexual, drogadicción y transmisión del VIH.

La **estigmatización y la discriminación** por parte del personal sanitario, las enfermeras escolares, los compañeros y los miembros de la comunidad pueden afectar a los adolescentes que buscan servicios de salud sexual y reproductiva, pruebas, tratamiento y cuidado del VIH.

Los **determinantes sociales**, o las condiciones en las que viven, crecen y se desarrollan los adolescentes que producen inequidades y discriminación por cuestión de género, raza, clase u otras características.

El **acceso a la educación** impide muchos resultados negativos y a menudo sirve como punto de entrada a una serie de servicios médicos y de apoyo -como la educación sexual integral^{xvi} que puede impartirse dentro y fuera de las escuelas- que puede dotar a los adolescentes de información precisa y educación sobre temas de salud sexual y reproductiva, algo que no se ofrece en muchas situaciones.

Requisitos económicos como cuotas por servicios y costes de transporte.

Entorno físico y biológico, por ejemplo, vivienda y contaminación además de la prevalencia de la malaria, helmintos de transmisión hídrica o VIH.

Violencia como la violencia de género (por ejemplo, violencia doméstica o sexual, trata, mutilación genital femenina, matrimonio infantil o forzado) así como otras formas (por ejemplo, relacionado con conflictos, bandas, acoso, maltrato por parte de adultos en los colegios o en casa).

Datos sobre VIH, tuberculosis y malaria en adolescentes

Hay una cantidad significativa de casos de enfermedad durante la adolescencia, y en muchos países, los adolescentes no se han beneficiado mucho de la disminución de la mortalidad en niños durante la primera década de vida.^{viii} Sin embargo, los datos sobre adolescentes son limitados y el análisis de los datos existentes es insuficiente, por lo que no comprendemos cómo abordan o descuidan las necesidades de los adolescentes los sistemas sanitarios. Hay pruebas crecientes sobre el VIH, la tuberculosis o la malaria que indican la necesidad de atención urgente a los adolescentes como parte de una respuesta integral a estas enfermedades.

Incidencia, prevalencia y mortalidad

VIH. Los datos muestran una mayor vulnerabilidad ante el VIH en la segunda década de vida. Al tiempo que disminuyen las muertes relacionadas con el sida en todos los demás grupos de población,^{xvii} se calcula que en los adolescentes se han triplicado desde 2000, haciendo del VIH la principal causa de muerte de los adolescentes en África y la segunda causa de muerte de los adolescentes en el mundo.^{xviii} Las chicas en el África subsahariana se ven particularmente afectadas por esta tendencia;^{xix} en 2013, se calcula que 250.000 adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años se infectaron con el VIH, de los que dos tercios corresponden a chicas adolescentes. En la región Asia-Pacífico, se estima que se produjeron 50.000 nuevas infecciones de VIH en adolescentes de entre 15 y 19 años en 2014, entre grupos jóvenes clave y 220.000 adolescentes (10-19 años) padecen ahora el VIH.^{xx} Cada hora, en el mundo, 26 adolescentes se infectan del VIH y se estima que actualmente 2 millones de adolescentes conviven con el VIH.^{xxi} Cuando hay datos disponibles para grupos jóvenes clave, la prevalencia del VIH es significativamente mayor que en la población joven en general.^{xxii} Hay evidencias incipientes que indican que los adolescentes que padecen VIH no reciben la atención suficiente de los servicios encargados de tratar el VIH actuales y tienen peor acceso a la terapia con antirretrovirales y menor cobertura.^{xxiii} Los adolescentes presentan un alto riesgo de no realizar el seguimiento antes y después del inicio de la terapia con antirretrovirales, mientras que las chicas adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años inscritas en servicios de PTMI asisten tarde y tienen peores resultados. Muchos adolescentes, en particular las chicas, son víctimas recurrentes de la violencia de género, incluida la violencia sexual, y los datos muestran que la violencia de género está asociada con un mayor riesgo de contraer el VIH.^{xxiv}

Tuberculosis. Se produjeron aproximadamente 800.000 nuevos casos de tuberculosis entre adolescentes durante 2012 (alrededor de 180.000 en el grupo etario de entre 10 y 14 años y alrededor de 617.000 en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años).^{xxv} Aunque el riesgo de tuberculosis es menor en la adolescencia que en la edad adulta intermedia y tardía, en entornos endémicos la tuberculosis aumenta de forma marcada entre la adolescencia temprana y la adultez temprana (incluso en entornos con baja prevalencia del VIH), y entre los adolescentes en entornos de elevada transmisión la incidencia de la enfermedad es sustancial.^{xxvi} No ha habido estudios epidemiológicos a gran escala de tuberculosis bacteriológicamente confirmada en adolescentes con el VIH y existen obstáculos persistentes en el diagnóstico de este grupo.

Las mujeres jóvenes en edad fértil parecen estar particularmente en riesgo de contraer la tuberculosis y los datos sobre esta enfermedad durante el embarazo son escasos, aunque algunos datos indican que en 2011 se registraron 216.500 (95% de incertidumbre [192.100-247.000]) de casos activos de tuberculosis en mujeres embarazadas de todo el mundo⁵. La tuberculosis durante el embarazo puede tener graves implicaciones en la salud de la madre y el feto, lo que puede originar bajo peso neonatal, parto prematuro, transmisión de la tuberculosis al neonato y un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil (especialmente en el contexto de una mayor prevalencia de coinfección del VIH).

⁵ Sugarman J, Colvin C, Moran AC y Oxlade O. «Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of diseases». *Lancet Global Health* 2014; 2: e710-16.

Aunque pueden representar una pequeña proporción de todos los pacientes tuberculosos de un país determinado, los adolescentes y los adultos jóvenes en situaciones de mayor riesgo de contagio están más expuestos a padecer tuberculosis pulmonar activa y pueden requerir una mejor asistencia para acceder a los servicios de salud y recibir los correspondientes cuidados, incluida ayuda para que no dejen el tratamiento de la tuberculosis y el VIH, y de forma especial en el caso de la tuberculosis multirresistente(TB-MR-).^{xxvii}

Malaria. En 2005, la malaria representó el 7,4% de todas las muertes de adolescentes declaradas a la OMS.^{xxviii} Entre los adolescentes jóvenes (10-14 años), la malaria fue la causa más común de muerte durante 2005, el equivalente al 14,1% de los fallecimientos por todas las causas. Los adolescentes de sexo masculino en algunas regiones tienen una incidencia mayor de malaria debido a su exposición en el ámbito laboral. La malaria durante el embarazo, particularmente en madres primerizas, puede tener consecuencias negativas graves para la salud materna, fetal e infantil, y por encima del 50% de primeros embarazos en países con malaria endémica se producen en adolescentes.^{xxix} La prevalencia en creciente aumento del VIH entre chicas adolescentes de muchos países con malaria también es preocupante, ya que la malaria en madres primerizas ha demostrado, en algunos casos, ser más común en mujeres con el VIH.^{xxx} Consulte la sección C.1.3 sobre los determinantes estructurales de la salud.

Soluciones para los adolescentes a los retos programáticos

Hay datos que respaldan la efectividad de las intervenciones (concretamente en lo relativo a la respuesta al VIH)^{xxxi} o enfoques que tienen el potencial de abordar las necesidades sanitarias de los adolescentes de forma más adecuada (consulte el cuadro 3). Instar a los gobiernos a que aborden los determinantes de la mala salud de los adolescentes es fundamental para hacer que los sistemas sanitarios nacionales ofrezcan una mejor respuesta a las necesidades de los adolescentes, y avanzar hacia la cobertura universal de la salud supone una transición desde proyectos que resulten agradables a los adolescentes a sistemas que den respuesta a los problemas de los adolescentes.

Cuadro 3. Hacia sistemas sanitarios enfocados a los adolescentes^{viii} (adaptado de fuentes de referencia)

Fortalecimiento de las capacidades institucionales y técnicas para la generación de datos y pruebas de los procedimientos que funcionan en adolescentes, de forma que la **programación se base en la investigación.**

Armonización de las medidas legales y judiciales para **asegurar que se garanticen disposiciones específicas en las leyes y políticas nacionales para la salud de los adolescentes**, incluida la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento paterno.

Los servicios deben dirigirse a los adolescentes a fin de abordar **su salud sexual y reproductiva así como todo su abanico de necesidades de desarrollo y salud general.**

Adopción de **estándares de calidad** e implantación de **mecanismos de seguimiento y evaluación rutinarios** para evaluar el progreso en el tiempo.

Mayor cobertura, incluidos los servicios ordinarios y comunitarios, enfermería escolar, transición a los sistemas informáticos de salud e iniciativas mHealth que utilizan tecnologías móviles de comunicación para llegar a los adolescentes.

Formación antes y durante el servicio para el personal sanitario a fin de que adquieran mayores **conocimientos sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, en toda su diversidad e implicaciones en la práctica clínica.**

Facilitar la ***implicación de los guardianes de la comunidad*** a fin de fomentar y apoyar comportamientos saludables entre los adolescentes y programas sanitarios para la adolescencia.

Cobertura universal mediante la consideración de ***fuentes de financiamiento prepagadas y compartidas*** con el objetivo de incluir servicios prioritarios para todos los adolescentes.

Esta nota informativa presenta las consideraciones en todo el modelo del Fondo Mundial, para sistemas sanitarios resistentes y sostenibles al planificar, implantar y supervisar las intervenciones de prevención, tratamiento y cuidado dentro de las tres áreas epidemiológicas.



II. Inversión en adolescentes

Hay oportunidades para tratar las necesidades de los adolescentes, como beneficiarios y asociados, en todos los procesos del Fondo Mundial. Este apartado se nutre de las herramientas clave de participación (consulte la sección B.1 del anexo 2) y resume las formas en que los países pueden obtener inversiones del Fondo Mundial más estratégicas para los adolescentes durante la etapa de solicitud del modelo de financiamiento. Las consideraciones respecto de los adolescentes también son importantes durante las etapas de creación⁶ e implantación de las subvenciones⁷ del modelo.^{xxxii}

Los adolescentes deben participar de forma activa en el diálogo de país, incluirse como grupos objetivo en los planes y políticas nacionales, y recibir apoyo y responsabilidad a fin de participar en la elaboración de la nota conceptual. La interacción con los adolescentes más jóvenes requiere relacionarse con sus familias y cuidadores; las disposiciones de protección son especialmente importantes en estos casos. El cuadro 4 destaca las oportunidades para reforzar la participación adolescente en el Mecanismo de Coordinación de País, que es el motor de todos los procesos del Fondo Mundial a nivel de país.

⁶ Durante la concesión de las subvenciones, los equipos de cada país deben trabajar con los mecanismos de coordinación de su país para adaptar los amplios enfoques de programación articulados en la nota conceptual a fin de asegurar que se tratan las necesidades de los adolescentes. Los equipos nacionales también deben trabajar con el Grupo de Examen Técnico para determinar las estrategias aptas para los adolescentes que podrían no haberse incluido en la nota conceptual; en sus comentarios, dicho grupo puede recomendar reasignaciones en inversiones más estratégicas para adolescentes.

⁷ Durante la ejecución de la subvención, las actividades de supervisión y evaluación (en función de los datos desglosados) pueden evaluar el impacto de las intervenciones en la salud adolescente e indicar la necesidad de reprogramar los fondos para que se ajusten a las estrategias y enfoques según proceda. Incluso cuando los programas se dirijan a grupos más amplios, los adolescentes deben participar en los procesos de planificación, toma de decisiones, supervisión y generación de informes.

Cuadro 4. Oportunidades de los mecanismos de coordinación de país para reforzar los procesos para adolescentes^{xxxii} (adaptado de fuente de referencia)

Ofrecer **sesiones informativas** a los miembros del Mecanismo de Coordinación de País y a participantes adolescentes potenciales sobre cómo y por qué conseguir el compromiso significativo de los adolescentes en los procesos del MCP.

Asegurar una **adecuada y directa representación de los adolescentes** en el Mecanismo de Coordinación de País y la responsabilidad del mismo de conseguir que las personas o grupos que representen o atiendan los problemas de los adolescentes o dirijan sus programas contribuyan directamente a las actividades del MCP.

Velar por que haya una **participación representativa de adolescentes afectados por VIH, tuberculosis o malaria, y de aquellos cuya opinión tenga más probabilidades de ser excluida o ignorada.**

Procurar una **formación técnica adecuada mediante cursos, orientación o capacitación de representantes adolescentes** para que participen de forma significativa (es decir, que entiendan los procesos, políticas, mecanismos y directrices relacionados con el Fondo Mundial además de sus programas, datos e intervenciones).

Incrementar la **capacidad de los miembros del Mecanismo de Coordinación de País** para apoyar y trabajar con los representantes adolescentes con sensibilidad, respeto y responsabilidad; los asociados técnicos con experiencia en adolescentes deben aportar aquí sus iniciativas.

Comunicar claramente **la selección de subreceptores y sub-subreceptores que serán objeto de la directriz existente** a las organizaciones o redes de gente joven.

Establecer un **mecanismo de recepción de comentarios** en el que los adolescentes puedan compartir sus puntos de vista sobre la calidad de los programas que incluyan adolescentes o estén dirigidos a estos y su satisfacción con los mismos; y también los adolescentes deberán recibir opiniones a fin de asegurar su responsabilidad durante el proceso.

Que expertos o representantes de grupos que participan en programas con adolescentes hagan **presentaciones** al Mecanismo de Coordinación de País de forma regular para atender los problemas de los adolescentes y actualizar los datos del programa específicos para este grupo de población.

Hacer que los **datos de cada país estén desglosados** de forma tal que permita que los datos de adolescentes sean explícitos, estén desglosados por grupos etarios e incluyan distintos subgrupos de adolescentes (se pueden hacer peticiones formales incluyéndolas en el orden del día); los datos se deben desglosar por sexo y franjas etarias de 5 años para los primeros 25 años de vida.

Ampliar el acceso a los recursos para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios para redes y organizaciones de gente joven o adolescentes, por ejemplo mediante subvenciones regionales.

Defender, junto con los asociados técnicos, la **reducción de la edad de consentimiento y la formación adecuada de los proveedores sanitarios en función de la directriz técnica existente^{xxxiii}** a fin de prestar prevención, tratamientos y cuidados enfocados a los adolescentes sin necesidad de consentimiento de los padres o tutores.

01 Diálogo de país

Los adolescentes tienen derecho a participar en las decisiones que afectan a sus vidas, a ayudar en la adaptación de políticas y programas y a colaborar en el diseño, implantación, supervisión y evaluación de las intervenciones. Deben verse y comprometerse como asociados igualitarios⁸, actores clave, partes interesadas y líderes; ser conscientes de su derecho a participar; tener las mismas oportunidades y espacio dentro del proceso y recibir empoderamiento mediante procesos de formación y tutoría a fin de que obtengan las habilidades necesarias para contribuir efectivamente al diálogo de país. Las aportaciones de los adolescentes deben verse como importantes por su parte y por los demás implicados en los procesos del Fondo Mundial. Su opinión debe tomarse en serio y su implicación debe tener influencia y permitir efectos de cambio.

La participación puede adoptar distintas formas en función de los tipos de decisiones que se realicen; puede incluir entradas ad hoc, consultas estructuradas, influencia, delegación, negociación y actividades gestionadas por los adolescentes.^{xxxiv}

Las consultas también pueden adoptar muchas formas para asegurar una amplia variedad de aportaciones sobre las necesidades adolescentes y debe usarse un proceso transparente y justo en la selección de los participantes en las consultas. Como parte de los procesos del comité comunitario, debe haber oportunidades y apoyo para distintos subgrupos de adolescentes a fin de identificar necesidades no satisfechas, barreras y retos además de formular recomendaciones para atender a dichas necesidades y formar parte del diálogo de país. Los mecanismos para asegurar el compromiso legal, seguro y productivo de los adolescentes pueden requerir enfoques innovadores; por ejemplo, pueden emplearse enfoques basados en la tecnología (Internet, redes sociales, soluciones móviles) para llegar a los adolescentes de forma confidencial, para iniciar conexiones y recopilar sus inquietudes.

Se debe evitar el formulismo proporcionando oportunidades de forma sistemática para que los adolescentes participen en todas las etapas de los procesos del Fondo Mundial,^{xxxv} empezando por el diálogo de país. Su representación es vital para garantizar que la nota conceptual incluya programas adaptados a los adolescentes. El cuadro 5 destaca formas concretas de apoyo a los adolescentes desde el principio del proceso.

Los asociados técnicos tienen la responsabilidad de asegurar que la normativa relacionada con los adolescentes tenga prioridad en los debates del Mecanismo de Coordinación de País y que todos los ministerios que sirven a la adolescencia junto con responsables de programas y asociados comunitarios estén involucrados de forma activa en el diálogo de país.

Consideración de la confidencialidad y los mecanismos de salvaguarda:

Todas las organizaciones deben contar con políticas y procedimientos de salvaguarda y protección actualizadas que se apliquen de forma coherente. Algunas normas nacionales para proteger a los menores de 18 años exigen la notificación del descubrimiento de lesiones o ciertos comportamientos, como mantener relaciones sexuales por debajo de la edad de consentimiento o con alguien del mismo sexo en contextos donde sea ilegal, o los casos de prostitución. Los coordinadores del diálogo nacional deben estar al corriente de la legislación nacional y sus posibles exenciones, por ejemplo, si la notificación no se permite sin el consentimiento del adolescente o solo es necesaria para ciertas profesiones. Los participantes adolescentes deben conocer estas leyes antes de participar en actividades y dar su permiso en lo relativo a la notificación.

⁸ Un asociado igualitario es aquel que se implica en todo el proceso, y que tiene la misma oportunidad de contribuir en todas las fases de planificación, implantación y evaluación.

Cuadro 5. Apoyo a la participación adolescente en el diálogo de país^{xxxvi}

Se debe ayudar a los adolescentes a:

Descubrir **quién** convoca el diálogo de país, **dónde** tiene lugar, **cuándo** es la próxima convocatoria y **qué** forma adoptará dicho diálogo.

Consultar con otras organizaciones lideradas por adolescentes o dirigidas a ellos con el fin de asegurar que sus opiniones y puntos de vista se reflejen en recomendaciones bien fundadas y de carácter representativo.

Aprender de otros grupos de la sociedad civil sobre su implicación en los procesos y trabajos del Fondo Mundial y forjar alianzas que apoyarán las prioridades de los adolescentes.

Participar totalmente en el diálogo de país e informar a las organizaciones de jóvenes y asociados de la sociedad civil.

Conocer sus derechos a la confidencialidad, el consentimiento informado, la participación voluntaria, los mecanismos de opinión de reclamación/compensación y de información en un lenguaje apto para los adolescentes. Esto incluye asegurar que los **límites de la confidencialidad**, según las normas nacionales de salvaguarda, sean claros y concisos.

Consulte el anexo 1 para ver preguntas clave orientativas para el diálogo de país.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave destinados a la participación de los adolescentes en el diálogo de país.

02 Planes y políticas nacionales

Las solicitudes de financiamiento deben alinearse con los planes nacionales y políticas sectoriales pertinentes que abordan específicamente las responsabilidades de los países frente a sus adolescentes, incluido el derecho a la sanidad. En algunos países, los planes y políticas epidemiológicas pueden no mencionar a los adolescentes como grupo objetivo separado ni incluir recomendaciones específicas o consideraciones de implantación para este colectivo. Unas políticas nacionales más amplias en otros sectores, como la educación, afectan o incluyen a los adolescentes, pero pueden no abordar explícitamente problemas relacionados con la salud o las enfermedades. Es necesario que los miembros del Mecanismo de Coordinación de País realicen esfuerzos para detectar y abordar las carencias en los planes y políticas a fin de asegurar la satisfacción de las necesidades de los adolescentes. (Consulte el tratamiento de la información estratégica en la sección 3.1 para establecer el contexto del país.)

Consideración de las solicitudes de financiamiento:

Cuando se detectan deficiencias respecto a la inclusión de los adolescentes e intervenciones específicas para la adolescencia en los planes y políticas nacionales, los países pueden incorporar intervenciones específicas y justificaciones en el supuesto de inversión nacional e incluir la revisión o la extensión de planes y políticas nacionales en la petición de financiamiento.

Consulte el anexo 1 para ver cuestiones clave orientativas para la revisión de planes y políticas nacionales.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave destinados a la inclusión de los adolescentes en los planes y políticas nacionales.

03 Elaboración de la nota conceptual

Contexto nacional

La información estratégica ayuda en la creación de políticas y el diseño de programas al permitir definir prioridades, apoyar la defensa de la causa, guiar la selección de intervenciones adecuadas y supervisar la cobertura y la calidad de las mismas.^{viii} Se necesita una mayor inversión en la información estratégica específica del país para comprender a los adolescentes como grupo separado, los desafíos concretos que deben enfrentar al acceder a los servicios de prevención y tratamiento, al recibir los cuidados y mientras siguen el tratamiento, así como la epidemiología de las tres enfermedades entre la población adolescente. Los datos retrospectivos de encuestas rutinarias a adultos se pueden utilizar para ofrecer información sobre cohortes anteriores de adolescentes —por ejemplo, edad en la primera relación sexual, uso de drogas intravenosas, prostitución— a fin de justificar las intervenciones en adolescentes actuales o ahondar en la investigación. Las carencias de información estratégica sobre adolescentes son significativas en la mayoría de los países, pero pueden convertirse en oportunidades mediante la inclusión en la solicitud de ayuda al Fondo Mundial. El cuadro 6 destaca las formas de reforzar la información estratégica para los adolescentes.

Cuadro 6. Cómo fortalecer la información estratégica para los adolescentes: acciones y oportunidades^{viii}

Prestar más atención a la información estratégica para los años adolescentes.

Desglosar todos los datos de los primeros 25 años por sexo y en grupos etarios de 5 años.

Integrar un componente adolescente en todos los sistemas de recopilación de datos, incluidos los sistemas de información sobre gestión sanitaria.

Detectar los puntos débiles específicos de la recopilación de datos y ofrecer soluciones.

Facilitar la vinculación de los datos recopilados sobre adolescentes mediante un uso amplio de sistemas electrónicos y mecanismos de coordinación mejorados.

Sintetizar y difundir la base de pruebas para la actuación.

Reforzar la investigación sobre la salud adolescente: problemas y respuestas.

Contexto de enfermedad, sistemas de salud y comunitarios

La situación específica de cada país relativa a los adolescentes tiene muchas dimensiones epidemiológicas, socioeconómicas, conductuales y sistémicas. Se deben considerar los elementos siguientes:

- **Epidemiología** de cada enfermedad y para grupos diferentes de adolescentes, y los determinantes subyacentes.
- Información sobre la **prestación de servicios**: cobertura y acceso a las intervenciones y servicios específicos para adolescentes (incluida la ubicación, la integración de los servicios, la calidad y la responsabilidad).
- **Factores sociales**, incluida la forma y el lugar donde viven los adolescentes (con padres o tutores, en unidades familiares lideradas por menores o en la calle), si son víctimas de violencia y explotación o si asisten o no a la escuela.

- **Problemas de salud sexual y reproductiva**, como el acceso a anticonceptivos y si las chicas adolescentes en particular están casadas o no, han estado embarazadas o no, o si son víctimas de violencia de género o de explotación sexual.
- **Grupos clave** para cada enfermedad y hasta qué punto están excluidos de los servicios sanitarios o protecciones más amplias.
- **Problemas de derechos humanos**, incluidas las barreras legales y la desigualdad de género que afectan a los adolescentes así como la calidad general de los sistemas comunitarios y sanitarios que atienden a los colectivos adolescentes.
- **Normas y valores sociales** así como el estado de las políticas de protección y su implantación.
- **Sistemas comunitarios**. Es importante comprender la forma de implicación y aportación de los adolescentes en el servicio, defensa de la causa y toma de decisiones como parte de los sistemas comunitarios. Esto debería incluir si las redes comunitarias han abierto un espacio para los grupos adolescentes, por ejemplo, mediante la incorporación de prioridades y la participación de adolescentes con VIH o que pertenezcan a poblaciones clave en el trabajo de las personas que conviven con el VIH o las redes de colectivos clave.

Es importante descubrir y utilizar todos los datos específicos de país disponibles relativos a los adolescentes. Los análisis de los datos de programas existentes y de los datos de nuevas iniciativas como *All In*^{xxxi} y *DREAMS*^{xxxvii} pueden ayudar a clarificar las necesidades de los adolescentes a escala nacional. Las herramientas de evaluación clave como las del ONUSIDA y la Estrategia Alto a la Tuberculosis^{xxxviii} pueden adaptarse para centrarlas en los adolescentes. Algunas investigaciones realizadas, como estudios socioconductuales y ciencias de implantación, pueden ofrecer resultados aplicables a intervenciones específicas de adolescentes. Es posible que existan estudios en curso que ofrezcan una visión de los nuevos descubrimientos. La identificación y priorización de carencias pueden modelar el diseño de nuevos estudios bien enfocados y pertinentes para los problemas específicos de los distintos países. Puede mejorarse la comprensión si se invita a expertos en salud y desarrollo adolescente a asesorar al Mecanismo de Coordinación de País. También se pueden encontrar datos fuera de los sistemas rutinarios como, por ejemplo, en pequeños estudios, datos cualitativos e informes no publicados, si se tiene cuidado al extrapolar y generalizar los hallazgos.

Deficiencias en la investigación

Existen muchas brechas en la investigación de las intervenciones en adolescentes respecto de las tres enfermedades y los sistemas para la salud resistentes y sostenibles. Es el caso especialmente de la prevención, el tratamiento y el control de la tuberculosis y la malaria. Los países deben considerar la posibilidad de componer agendas de investigación priorizadas y específicas para los adolescentes a fin de crear la base documental para futuras inversiones en adolescentes. Es esencial comprender los problemas éticos, logísticos y sociales inherentes a la recopilación de datos y asegurar derivaciones a quienes las necesitan. También es importante incluir a los adolescentes en el diseño de encuestas para que los instrumentos sean pertinentes y aceptados por la población estudiada.

Consulte el anexo 1 para ver cuestiones clave orientativas en relación con el contexto de cada país y los adolescentes.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave orientativos para la definición del contexto de cada país con respecto a los adolescentes.

Desglose de datos

Se necesitan muchos tipos de datos para comprender las necesidades de los adolescentes en situaciones específicas:

- Datos con repercusión en la salud procedentes de estadísticas de registro de datos vitales, supervisión epidemiológica, sistemas de informes clínicos y encuestas a unidades familiares.
- Datos de resultados sobre comportamientos relacionados con la salud y cobertura de servicios procedentes de encuestas practicadas a unidades familiares y centros docentes.
- Datos de entrada de programas procedentes de fuentes administrativas.
- Datos de salida de programas de recopilación rutinaria de datos en instalaciones y evaluaciones de las instalaciones sobre los servicios y la calidad de dichos servicios.^{viii}

El desglose de los datos⁹ es una de las claves para que los programas ofrezcan una mejor respuesta a los adolescentes y para supervisar el progreso y responder a cuestiones clave sobre los adolescentes en lo relativo al compromiso y la efectividad de los servicios.^{viii} Para atender a los adolescentes con los servicios adecuados, la información estratégica debe ser sensible a las características de la población que aumentan su vulnerabilidad. La supervisión de las cargas de morbilidad y la cobertura de los servicios relacionados por edad, sexo y otras características como las ubicaciones geográficas y las prácticas de alto riesgo de colectivos clave pueden ayudar a dirigir los servicios de forma más específica a las poblaciones adolescentes que los necesitan. Consulte el cuadro 7 para ver consideraciones éticas al recopilar datos sobre adolescentes.

El **desglose por edad** es importante para comprender los cambios en prevalencia e incidencia, caracterizar la evolución de la epidemia, supervisar la igualdad de acceso a los servicios y apoyar la planificación de respuestas del programa en grupos etarios específicos de adolescentes. La OMS recomienda el desglose de datos en grupos etarios estándar con grupos de 5 años entre 10-14 y 15-19 años para los sistemas electrónicos.^{xxxix}

El **desglose por sexo** es vital para comprender los diferentes efectos de enfermedades específicas en chicas y chicos adolescentes y en adolescentes transgénero.^x Esto facilita la planificación de intervenciones adecuadas para abordar necesidades específicas de cada grupo y priorizar las inversiones de una forma más adecuada.

Los **datos desglosados por situación geográfica** a nivel subnacional y local son importantes para poder enfocar y priorizar la respuesta en áreas donde pueden tener la mayor repercusión sobre los adolescentes. Los ejercicios de elaboración de mapas también han sido importantes para centrar el alcance y los servicios de prevención en ubicaciones y colectivos específicos.^{xi}

Consideración de las solicitudes de financiamiento:

Cuando los países no disponen de datos sobre adolescentes, o cuando el análisis de los datos existentes es pobre, los sistemas de información estratégica para la recopilación y el análisis de datos así como proyectos específicos que mejoren la base de conocimientos y la comprensión deben ser elementos clave en la nota conceptual para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

⁹ En general, los datos deben desglosarse por sexo, edad, colectivo clave y ubicación geográfica. (Recomendaciones de la OMS, 2015).

¹⁰ El desglose por sexo no capta las complejidades de género (en relación con los adolescentes transgénero); las necesidades no satisfechas de estos adolescentes deben considerarse en ciertas situaciones e incluirse en las notas conceptuales del Fondo Mundial.

Cuadro 7. Consideraciones éticas

Conforme a las directrices nacionales, al recopilar datos sobre adolescentes, y al incluir a menores y adolescentes de colectivos clave en las actividades de recopilación, estos deben estar totalmente informados para consentir, ser encuestados o que se registren sus datos, y se les debe garantizar la confidencialidad y el acceso a los servicios de protección, si procede (consulte la barra lateral en la sección B.1).

En algunos países, en función de las políticas nacionales de consentimiento, puede ser necesario obtener el consentimiento de padres o tutores para que los adolescentes puedan participar en estas actividades. Puede haber políticas relativas a «menores maduros» que cubran a adolescentes casados o que vivan solos o en unidades lideradas por menores, u otros que tengan la capacidad de comprender las implicaciones de su cuidado sanitario además de participar en la toma de decisiones.^{xii}

Consulte el anexo 1 para ver preguntas clave orientativas relativas al desglose de datos.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave que pueden facilitar el desglose de datos.

Escenario de financiamiento

Una vez comprendido el contexto de un país e identificadas las deficiencias de datos, el escenario de financiamiento es esencial para las decisiones sobre la priorización de elementos específicos para adolescentes en la solicitud de financiamiento. Los flujos de financiamiento existentes y las iniciativas que sirven a los adolescentes —específicos de una enfermedad o parte integrante de ámbitos de salud adolescente o de respuesta, por ejemplo, **fortalecimiento del tratamiento o los sistemas comunitarios**, u otra financiación sectorial que pueda afectar a los resultados sanitarios, por ejemplo **educación y protección social**— deben revisarse para determinar las asignaciones presupuestarias específicas para la adolescencia y los puntos que requieren inversión adicional.

Algunas iniciativas para adolescentes pueden basarse en evidencias y estar bien financiadas pero excluir a ciertos grupos de adolescentes, por ejemplo, aquellos no escolarizados, o miembros de grupos marginados o que viven en áreas remotas, rurales o no prioritarias. Donde existan evidencias, las notas conceptuales de los distintos países pueden abordar esas deficiencias en cobertura, mediante intervenciones de alto repercusión en áreas de elevada incidencia epidemiológica, y algunos pueden necesitar una investigación operativa para determinar la mejor forma de implantación.^{xxxii} La calidad de los servicios planificados o existentes se debe evaluar en profundidad en procesos consultivos, informes de evaluación y encuestas de satisfacción de clientes a fin de determinar los requisitos de financiamiento adicional.

Asignaciones proporcionales para adolescentes:

A fin de determinar si las asignaciones para adolescentes son proporcionales a los colectivos adolescentes objetivo, son necesarias líneas demográficas iniciales precisas y líneas presupuestarias separadas para los adolescentes a efectos de comparación. La planificación conjunta entre el Ministerio de Sanidad y otros sectores relevantes es esencial para realizar niveles de inversión adecuados para los adolescentes.^{xxxiii}

Consulte el anexo 1 para ver cuestiones clave orientativas relativas al escenario de inversiones para los adolescentes.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave que pueden ayudar a analizar el escenario de financiamiento de los adolescentes.

Solicitud de financiamiento

Análisis de las deficiencias programáticas

Los indicadores de cobertura nacional y subnacional, estimaciones de población afectada y objetivos de los programas rara vez tienen en cuenta datos específicos sobre los adolescentes para cada enfermedad y dentro del fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Serán necesarias modificaciones de los análisis de deficiencias programáticas para que los adolescentes estén representados como un grupo objetivo separado.

Consulte el anexo 1 para ver cuestiones clave orientativas para analizar deficiencias programáticas en grupos adolescentes.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave que pueden ayudar a analizar deficiencias programáticas en grupos adolescentes.

Selección de intervenciones y módulos prioritarios

En todas las situaciones, es necesario adoptar un mayor enfoque en programas sanitarios para adolescentes. En función del análisis de las deficiencias, los países deben seleccionar módulos e intervenciones que deban incluirse en la solicitud de subvención por tener el mayor potencial de repercusión en los adolescentes o que puedan generar datos empíricos para más inversiones.¹¹ **En epidemias reducidas y concentradas del VIH**, o donde las cargas sanitarias nacionales y subnacionales por tuberculosis y malaria sean bajas, puede que no se necesiten **programas generales de prevención adolescente**. Pero en esas situaciones los adolescentes más vulnerables, incluidos los de colectivos clave o ubicaciones con una incidencia elevada, deben ser atendidos.

El fortalecimiento de la **información estratégica sobre adolescentes** (consulte la sección B.3.1) permite una priorización más adecuada de las intervenciones dentro de los módulos relevantes así como la formulación futura de políticas y planes nacionales. Al mismo tiempo, se deben realizar todos los esfuerzos para asegurar que las respuestas al VIH, la tuberculosis y la malaria aporten y contribuyan al fortalecimiento de los sistemas sanitarios con la finalidad de que respondan a un rango más amplio de problemas sanitarios relacionados con la salud adolescente.

Consulte el anexo 1 para ver cuestiones clave orientativas para la selección de módulos e intervenciones prioritarios.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave que pueden facilitar la selección de módulos e intervenciones prioritarios.

¹¹ El Fondo Mundial insta a los países a incluir componentes de investigación en las notas conceptuales para áreas en las que no exista una imagen precisa de las cargas epidemiológicas y de los puntos débiles de los sistemas sanitarios, como es precisamente el caso de los adolescentes.



III. Solicitud de financiamiento

Muchas directrices de la OMS respecto al VIH, la tuberculosis, la malaria y la prestación de servicios incluyen recomendaciones para todos los grupos etarios y aquellas que van dirigidas a adultos y/o niños pequeños serán pertinentes para los adolescentes. A medida que se dirige la atención a los programas para adolescentes, surge más información sobre la forma de atender sus necesidades particulares. Donde no haya directrices específicas sobre adolescentes, debe ser prioritaria la armonización¹² con recomendaciones para adultos y niños. La presente sección destaca las recomendaciones específicas sobre adolescentes relacionadas con sistemas resistentes y sostenibles en las áreas de intervención epidemiológica y sanitaria. Respecto de las recomendaciones relativas a poblaciones más amplias, se ofrecen referencias relativas a la gestión y consideraciones de implantación importantes para los adolescentes.

La información estratégica utilizada para desarrollar el contexto de un país (consulte la sección B.3.1), junto con un análisis del escenario de financiamiento (consulte la sección B.3.2), influirán en la selección de las intervenciones que los países consideren necesario incluir en la solicitud de financiamiento.

¹² La armonización facilita la programación sanitaria mediante el hallazgo de sinergias dentro de programas existentes, el aprovechamiento de objetivos solapados y el uso óptimo de recursos limitados.

01 Sistemas para la salud resistentes y sostenibles

La creación de sistemas para la salud más resistentes y adaptados a los adolescentes es el núcleo de una inversión más estratégica y efectiva en adolescentes y es fundamental para lograr una cobertura sanitaria universal para este grupo etario. La atención a la prestación de servicios al adolescente y sus consideraciones de calidad son clave para instar y apoyar a los adolescentes a que busquen servicios sanitarios, cumplan con el tratamiento y permanezcan bajo cuidado médico. La comprensión y la inversión en sistemas comunitarios que ofrezcan proyección y que sirvan a poblaciones adolescentes clave u otros grupos vulnerables pueden garantizar que estos colectivos marginados y habitualmente ocultos no sufran abusos o falta de atención. También es esencial abordar las barreras estructurales — leyes y políticas, restricciones económicas, movilidad y vulnerabilidades relacionadas con la desigualdad de género como la violencia, la estigmatización y la discriminación— a fin de proporcionar al público adolescente, especialmente a los que se encuentran en situación de mayor riesgo, los servicios y el apoyo que necesitan.

Atención a los obstáculos que dificultan la cobertura sanitaria universal:

Para gestionar los obstáculos que impiden una cobertura sanitaria universal para los adolescentes, se deben considerar actividades como: detección de barreras financieras a los servicios relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria; revisión de acuerdos compartidos de prepago a fin de maximizar el número de adolescentes cubiertos y expansión del abanico de servicios cubiertos para incluir servicios en el paquete que el país dedica a los adolescentes y la reducción o eliminación de pagos directos en el punto de uso.

Prestación de servicios

Modelos de prestación de servicios

Para los adolescentes más que para otros colectivos, el acceso a los servicios está estrechamente relacionado con el lugar y a la forma en que se prestan dichos servicios. Los países deben considerar nuevos enfoques o formas de adaptar modelos de prestación de servicios para que satisfagan las necesidades de los adolescentes de manera más efectiva (vea el cuadro 8) en reconocimiento a la heterogeneidad de la adolescencia (tal como se expone en la sección A.2.1). Es importante reconocer que los servicios se prestan de forma diferente en los distintos niveles del sistema sanitario (p. ej., a través de niveles terciarios de atención sanitaria), y serán necesarios modelos y paquetes diferenciados para abordar las necesidades de los adolescentes atendidos en estos niveles.

Cuadro 8. Captación de la atención adolescente

La mayoría de los adolescentes no recurren a los servicios ofrecidos en sistemas y estructuras sanitarios formales, por lo que se necesitan enfoques innovadores en lo que respecta a la promoción de dichos servicios. Los servicios sanitarios llegan y satisfacen las necesidades de los adolescentes donde asisten a la escuela, en sus lugares de trabajo o su lugar de socialización mediante:

- Servicios gestionados por iguales;
- Servicios basados en el hogar;
- mHealth y servicios móviles y
- Servicios vinculados de proyección y alcance mediante redes sociales y comunidades virtuales.

Servicios integrados e integrales¹³

La integración es una ventaja para los adolescentes con vidas muy ocupadas y recursos limitados ya que son más proclives a utilizar los servicios si no tienen que ir a distintos centros de salud y soportar largos tiempos de espera.

La integración de los servicios permite a la persona acceder a tantos servicios como sean posibles en un solo lugar e, idealmente, de una sola vez, facilitando el proceso para los proveedores a fin de que presten cuidados multidisciplinarios y coherentes, además de facilitar la derivación a otros especialistas de niveles superiores, si procede. Se ha demostrado que la integración también es efectiva para el VIH y el amplio abanico de servicios en torno a la salud sexual y reproductiva en los casos de VIH y tuberculosis, y también es particularmente importante para la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicológico. El cuadro 9 ilustra la importancia de la integración para adolescentes embarazadas.

En los países donde no es posible prestar servicios dedicados a los adolescentes, deben adaptarse los sistemas y servicios existentes para que puedan responder a las necesidades de la adolescencia. Por ejemplo, los servicios de mitigación del riesgo pueden satisfacer una serie de necesidades de los adolescentes que consumen drogas intravenosas, que pueden ser reacios a buscar ayuda en escenarios más formales. La rotación de las tareas también puede facilitar la integración, con lo que se amplía el alcance del proveedor sanitario y se necesitaría formación adicional.^{xiii}

Barreras que dificultan el acceso a la salud sexual y reproductiva:

Los obstáculos a los que se enfrentan la información, los servicios y los cuidados en torno a la salud sexual y reproductiva se deben reducir como intervención prioritaria para los adolescentes.¹ Los servicios de salud sexual y reproductiva también ofrecen un punto de entrada vital, mediante la integración o la vinculación, a una serie de servicios sanitarios necesarios para los adolescentes. El fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva es esencial para mejorar los resultados sanitarios en adolescentes.

Cuadro 9. Buenas prácticas: integración de la salud sexual y reproductiva y el cuidado prenatal

El embarazo adolescente es un factor importante en la mortalidad materna e infantil¹⁴ para perpetuar el ciclo de pobreza e insalubridad. Los bebés nacidos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de los nacimientos de todo el mundo; un 95% de dichos nacimientos se produce en países en desarrollo.^{xliii} En los países con ingresos bajos y medios, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad en mujeres jóvenes y chicas de entre 15-19 años, y los embarazos no deseados que terminan en aborto para este grupo etario suelen ser poco seguros.^{xliiv}

El embarazo adolescente es motivo de preocupación en muchos países y los servicios integrados son importantes para la prestación de servicios prenatales oportunos y cuidados maternos más amplios destinados a los adolescentes. La integración de los servicios para chicas adolescentes puede facilitar el acceso a toda una serie de opciones anticonceptivas, pruebas de embarazo, apoyo para la aceptación de cuidados prenatales y el seguimiento de los mismos o la derivación a servicios críticos (pruebas de VIH, PTMI,¹⁵ y pruebas de malaria y tuberculosis, así como profilaxis y tratamiento). La confidencialidad y la privacidad son elementos cruciales de todos los servicios a adolescentes, pero especialmente de los servicios relacionados con el embarazo.

¹³ Para todas las poblaciones, la OMS recomienda la integración de los servicios relacionados con el VIH en otros servicios clínicos pertinentes, como los dedicados a tuberculosis, salud materna y pediátrica además de servicios de salud sexual y reproductiva y tratamientos de drogadicción. (Recomendaciones de la OMS, 2014).

¹⁴ Aunque este no es el objetivo principal de esta nota informativa, atender las necesidades de las adolescentes embarazadas está estrechamente vinculado con el énfasis del Fondo Mundial sobre la salud reproductiva, materna, neonatal y pediátrica (Actuación estratégica 1.4 de la Estrategia del Fondo Mundial 2012-2016).

¹⁵ La terapia con antirretrovirales debe iniciarse en todas las mujeres embarazadas y lactantes con VIH independientemente de la etapa clínica definida por la OMS y de cómo sea el recuento de células CD4. (Recomendaciones de la OMS, 2016).

Vinculación de servicios

Cuando no sea posible prestar ciertos servicios en una sola ubicación o en un mismo momento, es importante establecer sistemas para vincular los servicios y garantizar que los centros de salud, los puntos de prestación de servicios y los proveedores individuales comparten la información de forma correcta. Por ejemplo, los servicios de vacunación del VPH para chicas adolescentes, vacunación de tétanos para niños y niñas adolescentes y circuncisión médica voluntaria son oportunidades para vincular servicios de salud reproductiva y sexual. Estos servicios son la oportunidad óptima para que todos los adolescentes en situaciones de elevada prevalencia del VIH sean derivados a servicios de detección del VIH y de síntomas de tuberculosis, o para que las adolescentes embarazadas sean derivadas a los servicios de atención a la maternidad adecuados.

La vinculación es especialmente importante para los adolescentes que pueden no entender la necesidad de ciertos tipos de servicios o desconocer que esos servicios están disponibles o su ubicación y horario de apertura. La vinculación también es importante para apoyar la transición de los adolescentes de los servicios pediátricos a los de adultos.¹⁶ **La vinculación implica informar al cliente sobre otros servicios adecuados y disponer de un mecanismo para vincularlos a dichos servicios de forma oportuna.** Se pueden utilizar incentivos para animar a los adolescentes a aprovechar las ventajas de la vinculación, por ejemplo, colas separadas, vales de transporte, apoyo de iguales/compañeros y el uso de tecnologías móviles para recordatorios o información médica. La vinculación requiere el fortalecimiento de la coordinación y colaboración entre sectores, servicios y proveedores.^{xlv}

Descentralización de los servicios¹⁷

La descentralización de los servicios a centros de atención primaria puede tener muchos beneficios para los adolescentes. **Supone una descarga de otras entidades del sistema sanitario,** y como en otros servicios basados en la comunidad, **presta los servicios más cerca del hogar.** Normalmente y de forma similar a los servicios integrados, **la descentralización reduce los tiempos de espera.** El acceso a los servicios descentralizados puede aumentar la probabilidad de que los adolescentes los utilicen y se comprometan a someterse a los cuidados que estos les propongan. La descentralización también puede mejorar la igualdad al facilitar el acceso a servicios en lugares más próximos a los adolescentes y que puedan percibirse como más confidenciales y seguros que los hospitales de grandes dimensiones.^{xlvi, xlvii}

Servicios basados en la comunidad

Recomendaciones específicas de la OMS para los adolescentes:

Los enfoques basados en la comunidad pueden alentar en mayor medida a los adolescentes con VIH a aceptar un tratamiento y a someterse a los cuidados que les propongan los organismos sanitarios.^{xxxiii, 18}

Los servicios basados en la comunidad se prestan cerca de donde residen los adolescentes (colegios, farmacias y centros juveniles, en sus casas y mediante ambulatorios móviles o estrategias de sensibilización). También se pueden prestar a una comunidad específica de adolescentes con características o problemáticas comunes. Los servicios comunitarios pueden reducir las deficiencias del acceso a los servicios para los adolescentes: con **menos restricciones financieras y logísticas y servicios ofrecidos en entornos familiares, accesibles y receptivos,** y también pueden incrementar la aceptación del servicio y el compromiso a seguir los cuidados pautados, lo que apoya su sometimiento al tratamiento y un mejor y oportuno seguimiento aparte de derivarlos a otros servicios necesarios. Un beneficio añadido es que estos servicios permiten una **relación**

¹⁶ Se deben realizar esfuerzos para que la transición se lleve a cabo de forma planificada y gestionada según corresponda a los distintos modelos de prestación de servicios.

¹⁷ La OMS recomienda la descentralización de los servicios de terapia con antirretrovirales específicamente; también deberá considerarse la descentralización de los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado del VIH para poblaciones clave. (Recomendación OMS, 2013 (ART), 2014 (KP)).

¹⁸ Los enfoques basados en la comunidad son importantes para que los programas cubran más necesidades adolescentes, incluidos los servicios de tratamiento de la tuberculosis y la malaria, la salud sexual y reproductiva, y el apoyo psicológico. Los servicios comunitarios pueden prestarse mediante distintos modelos como organizaciones comunitarias, ONG locales o trabajadores sanitarios sociales o comunitarios.

más estrecha entre proveedores sanitarios, grupos de apoyo, clientes y familiares, algo especialmente importante para los adolescentes. Sin embargo, el alcance de los servicios comunitarios puede ser limitado en relación con temas sanitarios complejos y la aparente familiaridad de los mismos puede desincentivar a algunos adolescentes por suscitarles dudas sobre su confidencialidad.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave relativos a modelos de prestación de servicios para adolescentes.

Calidad del servicio para los adolescentes

Recomendaciones específicas de la OMS para los adolescentes:

La formación del personal sanitario puede contribuir a que los adolescentes con VIH acepten un tratamiento y se comprometan a someterse a los cuidados que se les propongan.^{xxxiii, 19}

Los servicios sanitarios adaptados a los adolescentes deben implantarse en los servicios de tratamiento del VIH para asegurar el compromiso y obtener mejores resultados²⁰.

La calidad de los servicios puede reforzar los enfoques sobre la salud basados en derechos humanos;^{xlvi} para los adolescentes este es uno de los factores más importantes en su ponderación del uso de los servicios y su compromiso para someterse a los cuidados propuestos. Las decisiones de salud de los adolescentes tienen implicaciones sanitarias individuales y públicas importantes. Normalmente, **los adolescentes quieren servicios dirigidos a ellos,^{xlix, 21} en lugares discretos y seguros**, con espacios que faciliten la **confidencialidad y con horarios flexibles**, aparte de querer **facultativos con conocimientos, que no juzguen ni reprueben sus acciones y que sean receptivos a sus necesidades**. Es de particular importancia la necesidad de que los servicios sanitarios y los responsables de las tomas de decisiones aseguren **la instauración de servicios y mecanismos de protección** para este grupo etario al tiempo que reconocen la creciente autonomía y la evolución de las facultades de los adolescentes.

Los servicios sanitarios adaptados a los adolescentes (servicios accesibles, aceptables, igualitarios, adecuados y efectivos) **han demostrado que propician el aumento en la utilización de los servicios y mejoran los resultados de los jóvenes, además de ser recomendados por la OMS**. Para apoyar su implantación, la OMS y el ONUSIDA han desarrollado un conjunto de estándares mundiales de calidad para el cuidado sanitario de los adolescentes.

¹⁹ La formación, junto con el apoyo y la tutela, también son factores importantes para asegurar que el personal sanitario sea competente en el trato a los adolescentes y satisfacer así sus necesidades.

²⁰ OMS, 2016. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

²¹ Los servicios sanitarios adaptados a los adolescentes pueden mejorar los resultados, la utilización y la aceptación de servicios, incluidos aquellos que padecen el VIH.

Cuadro 10. Estándares mundiales para mejorar la calidad del servicio sanitario destinado a los adolescentes¹ (adaptado de fuente de referencia)

- 1. Formación sobre salud del adolescente:** Sistemas instaurados para asegurar que los adolescentes conozcan su propia salud y sepan cómo y cuándo recurrir a los servicios de asistencia.
- 2. Apoyo comunitario:** Sistemas instaurados para conseguir que la comunidad y la familia reconozcan la importancia que tiene prestar servicios a adolescentes y construir apoyos para la utilización de los mismos por parte del adolescente.
- 3. Paquete adecuado de servicios:** Paquete integral de servicios de información, orientación, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado en el centro o mediante vinculación o derivación a otros especialistas.
- 4. Competencias del proveedor sanitario:**ⁱⁱ Los proveedores deben disponer de competencias técnicas además de respetar, proteger y cumplir los derechos del adolescente a la información, a la confidencialidad y a la no discriminación, con respeto y sin mostrar actitudes reprobatorias.
- 5. Características de los locales:** Horario conveniente, entorno acogedor, privacidad y confidencialidad, equipos necesarios, suministros y tecnología disponible para una prestación efectiva del servicio a los adolescentes.
- 6. Equidad y no discriminación:** Los centros deben prestar servicios de calidad a todos los adolescentes independientemente de su capacidad de pago, edad, género, estado civil, nivel de estudios, origen étnico, religión, orientación sexual u otras características.
- 7. Mejora de los datos y la calidad:** Los centros deben recopilar de forma sistemática, analizar y usar los datos sobre utilización y calidad del cuidado, desglosados por edad y sexo, para apoyar la mejora de la calidad e instar al personal a participar en la mejora continua de la calidad.
- 8. Participación:** Los adolescentes se involucran en la planificación, implantación, supervisión y evaluación de los servicios sanitarios y en las decisiones relativas a su propio cuidado, así como en ciertos aspectos de la prestación de los servicios.

Los proveedores sanitarios son vitales para apoyar los resultados médicos de los adolescentes y la formación fortalece su capacidad para hacerlo. El apoyo al **personal apto para tratar a los adolescentes** asegura que los proveedores tengan el conocimiento, las habilidades y las actitudes para comunicarse de forma efectiva con ellos en las diferentes etapas de su desarrollo con necesidades distintas. Los proveedores competentes en adolescencia también tienen el conocimiento necesario para aplicar leyes y políticas que fomenten, protejan y satisfagan los derechos de los adolescentes a recibir asistencia sanitaria, al tiempo que gestionan los cuidados clínicos de sus pacientes.ⁱⁱ La formación para el trabajo con adolescentes es un proceso continuo que incluye un conjunto de elementos que pueden ir desde actos formales de formación, ayudas en el trabajo, supervisión con asesoría y seguimiento de cursos hasta tutorías. Debe integrarse en programas de formación existentes de forma que todos los proveedores sanitarios sean capaces de responder a las necesidades de los adolescentes de una forma integrada, no reprobatoria y no discriminatoria.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave relativos a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios para adolescentes.

Sistemas comunitarios

La actuación firme de la comunidad es primordial en la creación de sistemas para la salud resistentes y sosteniblesⁱⁱⁱ y puede tener una repercusión directa en la mejora de los servicios dirigidos a los adolescentes. El fortalecimiento de los sistemas comunitarios y las capacidades de liderazgo de los adolescentes pueden aumentar el acceso y mejorar la calidad de los servicios además de los resultados para este colectivo etario. Esto se obtiene mediante la **ampliación de los servicios comunitarios, el refuerzo de las redes y organizaciones lideradas por adolescentes o que atienden a adolescentes, especialmente a los**

de colectivos clave.²² Este trabajo puede hacerse fuera o de forma conjunta con las estructuras, mecanismos y procesos del sistema nacional de salud.

Algunos ejemplos de **intervenciones para reforzar los sistemas comunitarios** incluyen:

- **Movilización comunitaria** para mejorar las condiciones sociales de los adolescentes marginados o discriminados.
- **Empoderamiento de los adolescentes (especialmente chicas) y sus organizaciones, para que participen en su defensa, toma de decisiones y programas de planificación y supervisión** que satisfagan sus necesidades a través de iniciativas de enseñanza de habilidades.
- **Defensa del fomento de políticas y reformas legislativas** dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de prevención y salud además de fortalecer los determinantes de salud de todos los adolescentes, así como más responsabilidad social y protección de los derechos humanos.
- **Educación de los miembros de la comunidad** para que comprendan la importancia del espectro de programas de salud para adolescentes.

Consulte el anexo 2 para ver recursos destinados al fortalecimiento de los sistemas comunitarios a fin de ampliar el acceso de todos los adolescentes a servicios de calidad.

²² Para las poblaciones clave, especialmente hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, recibir servicios gestionados o liderados por iguales es un factor importante para su aceptación, sin importar la cohorte de edad.

Barreras estructurales

Recomendaciones específicas de la OMS para los adolescentes:

Prohibición del matrimonio de chicas menores de 18 años de edad.^{lii, xliii}

Incrementar las oportunidades educativas para las niñas a través de canales formales e informales a fin de retrasar la edad de matrimonio hasta los 18 años.^{liii}

Castigo a los violadores de adolescentes,²³ cumplimiento de estas leyes de forma que empoderen a las víctimas y a sus familias, además de la supervisión del cumplimiento.^{liii}

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la información y los servicios de anticoncepción, para adolescentes sin autorización o notificación del padre o tutor obligatoria a fin de satisfacer las necesidades educativas y de servicio de los adolescentes.^{liii}

Las barreras estructurales y los determinantes de salud (consulte la sección I.2., cuadro 2) relativos a la edad, sexo, igualdad de género, pobreza, exclusión del sistema educativo y derechos humanos representan retos significativos para los adolescentes, especialmente para los de poblaciones clave y otros grupos vulnerables, y deben tenerse en cuenta al planificar las intervenciones. Guiados por los principios de los derechos humanos, hay oportunidades para abordar estas barreras mediante el fortalecimiento de sistemas comunitarios, reformas legales y protección social, además de la colaboración entre muchos sectores que pueden fomentar la salud, el desarrollo y los derechos de los adolescentes.^{viii}

Las reformas jurídicas y políticas son esenciales para eliminar muchas barreras estructurales que afectan a los adolescentes. Las políticas y leyes de consentimiento deben ser revisadas para evaluar su modificación y reducir las barreras de edad para el acceso y la inscripción en servicios de asistencia sanitaria.^{xxxii} Al mismo tiempo, los países deben considerar las implicaciones de reducir la edad de consentimiento y asegurar que se instauren disposiciones para la protección y la seguridad. Algunos países han rebajado la edad de acceso a los servicios, mientras que otros países reconocen el principio del “**menor maduro**”²⁴ al objeto de obtener su consentimiento para pruebas, tratamiento, servicios de salud sexual y reproductiva (incluida una anticoncepción asequible y accesible), terapia de sustitución de opiáceos, programas de jeringas y agujas, además de otros cuidados sanitarios.²⁵ Donde existan leyes de protección que penalicen cualquier forma de violencia contra los adolescentes y que fomenten la igualdad de sexos, estas deben hacerse cumplir.

Trabajar en favor de la despenalización del consumo de drogas, la prostitución y las víctimas de la explotación sexual, la homosexualidad y la transición de género también es necesario para crear un entorno adecuado que favorezca a los adolescentes de los grupos clave. **La implantación y el cumplimiento de las leyes protectoras y de no discriminación**, así como los programas de reducción de la estigmatización en el sector sanitario, pueden alentar a los adolescentes a buscar servicios en entornos seguros y confidenciales. En algunos países es posible que las leyes de protección entren en conflicto con la legislación obligatoria de notificación; los países deben tener en cuenta en estas tensiones la importancia de no excluir o desalentar a los adolescentes al acceso a los servicios sanitarios esenciales. Muchos sistemas sanitarios han descubierto formas pragmáticas de prestar servicio a los adolescentes de grupos clave teniendo su salud y bienestar como primera prioridad. **Las instalaciones de detención obligatoria y de rehabilitación deberían cerrarse y**

²³ Aunque esta recomendación es específica para las niñas, algunas investigaciones en la región Asia-Pacífico han demostrado que los jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres declaran muchos casos de sexo bajo coacción a una edad temprana, por lo que es necesaria una investigación más intensa para esta población así como para adolescentes transgénero. (Comunicación personal, UNESCO).

²⁴ Muchos países permiten que los adolescentes de grupos o situaciones específicos sean considerados como “menores maduros”. Puede incluir a aquellos que viven solos, están embarazadas o no tienen ningún contacto con sus padres o tutores. También se pueden hacer excepciones para aquellos cuyas condiciones clínicas sugieran el contagio del VIH, o los que conocen el estado del VIH para beneficio del adolescente. El principio del menor maduro también es aplicable a cualquier adolescente lo suficientemente maduro, cuya capacidad cognitiva le permita comprender el examen o procedimiento y sus implicaciones. La adopción de tal flexibilidad puede ofrecer medios más rápidos para el acceso a la prueba del VIH que las revisiones formales de la edad legal de consentimiento. (OMS, 2013).

²⁵ Las directrices de la OMS no especifican restricciones de edad para las terapias de sustitución con opiáceos, programas de jeringas y agujas o la gestión de las sobredosis.

deberían centrarse los esfuerzos en **desarrollar alternativas sin custodia a la encarcelación de adolescentes consumidores de drogas, que practiquen la prostitución o el sexo homosexual.**^x Además, las políticas y normativas nacionales deberían abordar otros factores que actúan como potentes barreras al acceso, incluido el matrimonio infantil y el tratamiento reprobador del personal sanitario que atiende a los adolescentes.

El sector educativo desempeña un papel vital en el apoyo de la salud adolescente. Los entornos académicos presentan oportunidades de compartir información importante para los adolescentes, como el acceso a los servicios sanitarios, la educación sexual integral que incluye el fomento de normas de igualdad de sexos, la equidad en las relaciones²⁶ e información sobre las habilidades necesarias de la vida cotidiana. Los centros docentes pueden ir más allá de la educación sexual y ofrecer un entorno social que estimule la salud física y mental, fomente la igualdad de sexos y apoye comportamientos saludables.^{viii} Los arreglos de educación alternativa son necesarios para ayudar a adolescentes con tuberculosis cuando no puedan asistir a clases, mientras que los adolescentes que viven con VIH necesitan entornos formativos flexibles y de apoyo y profesores formados que presten ayuda y admitan las visitas al médico.

Las limitaciones financieras crean barreras adicionales a los servicios y la información para muchos adolescentes. La eliminación de tasas puede animar a los adolescentes a utilizar los servicios más a menudo y de forma más coherente. Los incentivos o transferencias de efectivo y otras medidas de protección social para adolescentes y sus familias pueden ser útiles para alentar y apoyar la permanencia de niñas adolescentes en la escuela, porque tiene un valor preventivo contra el VIH. (Consulte la sección C.1 para obtener más información sobre las consideraciones financieras).

El sector laboral también tiene la responsabilidad de atender las necesidades de los adolescentes en el lugar de trabajo. El cuidado y el apoyo psicológicos son necesarios para asegurar que se vinculen con los servicios que necesitan, al tiempo que deben trabajar en lugares seguros y entornos sin explotación laboral.

Consulte el anexo 2 para obtener recursos sobre las barreras estructurales a los servicios.

02 Áreas de intervención epidemiológica

VIH

Prevención

Recomendaciones específicas de la OMS para los adolescentes^{xxxiii}

Las pruebas de VIH y la asesoría con vinculación a servicios de prevención, tratamiento y cuidado se recomiendan para los adolescentes de poblaciones clave en todas las situaciones.

En las epidemias generalizadas, las pruebas de VIH y orientación con vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado se recomienda para todos los adolescentes.

En las epidemias de baja intensidad y concentradas, las pruebas de VIH y orientación con vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado deben ser accesibles a todos los adolescentes.

Los programas de prevención²⁷ combinada utilizan una mezcla de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para satisfacer las necesidades de prevención del VIH de personas y comunidades específicas, de forma que tengan la mayor repercusión posible en la reducción de nuevas infecciones. Los elementos de

²⁶ La enseñanza integral sobre sexualidad también puede impartirse en entornos informales (fuera de la escuela); esto es especialmente importante para los grupos clave y otros grupos vulnerables de adolescentes.

²⁷ El ONUSIDA define la prevención combinada como programas de derecho basados en evidencias y comunitaria que utilizan una mezcla de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para satisfacer las necesidades de prevención del VIH de personas y comunidades específicas para que tengan la mayor repercusión posible en la reducción de nuevas infecciones. (ONUSIDA, 2010).

prevención combinada que son más adecuados para las necesidades de los adolescentes, en función de la epidemia de VIH del país o si el adolescente pertenece a un grupo clave o vulnerable, incluyen (no es una lista completa):

- **Intervenciones conductuales:** Educación sexual integral, orientación, reducción de la estigmatización y la discriminación.
- **Intervenciones biomédicas:** Servicios de detección del VIH, preservativos masculinos y femeninos^{liv} y lubricantes compatibles, servicios de salud sexual y reproductiva (información sobre sexualidad y anticoncepción y los correspondientes suministros, interrupción de embarazos no deseados y prevención de enfermedades de transmisión sexual), circuncisión voluntaria,²⁸ el inicio inmediato de terapias con antirretrovirales para adolescentes con VIH reducirá de forma significativa la transmisión del VIH, PTMI,²⁹ profilaxis previa a la exposición para adolescentes mayores con riesgo significativo de contagiarse del VIH,³⁰ profilaxis posterior a la exposición³¹ por haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haberse inyectado, tratamientos de ETS, además de un paquete integral de reducción del riesgo para adolescentes que se inyectan drogas;³²
- **Intervenciones estructurales:** Intervenciones que abordan las desigualdades sociales, económicas y de género; despenalización de la homosexualidad, la prostitución y el consumo de drogas y servicios de reducción de riesgo; protección frente al acoso o la violencia policial; reforma de la legislación, particularmente en lo relativo a la edad de consentimiento y a las leyes de consentimiento paterno. (Consulte la sección III.1).

La opción de mezcla y priorización para la prevención del VIH dependerá del contexto epidémico. La tabla 1 ilustra esta priorización; los países pueden modificar la tabla para que se adapte al contexto local.

²⁸ La circuncisión médica voluntaria se recomienda como estrategia adicional importante para la prevención del VIH por vía heterosexual en hombres, concretamente en entornos hiperendémicos o con epidemias generalizadas de VIH con baja prevalencia de hombres circuncidados. (Recomendaciones de la OMS, 2014).

²⁹ En situaciones de epidemia generalizada, la terapia con antirretrovirales debe iniciarse y mantenerse en mujeres embarazadas y que hayan dado a luz y a sus bebés en entornos posnatales y pediátricos, con vinculación y derivación a cuidados continuos del VIH y terapia con antirretrovirales, según proceda. (Recomendaciones de la OMS, 2016.)

³⁰ La profilaxis previa a la exposición oral (con TDF) debe ofrecerse como opción adicional de prevención para personas con riesgo importante de contagiarse del VIH como parte de los enfoques de prevención combinada. (Recomendaciones de la OMS, 2016).

³¹ Consulte las directrices de profilaxis posterior a la exposición al VIH y profilaxis con cotrimoxazol para infecciones relacionadas con el VIH en adultos, adolescentes y niños. (OMS, 2014).

³² La OMS recomienda encarecidamente la reducción del riesgo como enfoque basado en evidencias a la prevención, tratamiento y cuidado del VIH para personas drogodependientes y dispone de un paquete integral de 9 intervenciones que incluyen programas de agujas y jeringas además de terapia de sustitución con opiáceos. Este paquete también es aplicable a los adolescentes de poblaciones clave. (Recomendaciones de la OMS, 2014).

Tabla 1. Priorización de la prevención del VIH para grupos objetivo clave en función del contexto epidémico

	Todos los adolescentes	Muchachas adolescentes	Poblaciones jóvenes clave
Epidemias generalizadas de elevada prevalencia	<p>Servicios de detección del VIH (incluida la vinculación al tratamiento)</p> <p>Preservativos (masculinos y femeninos)</p> <p>Profilaxis posterior a la exposición</p> <p>Circuncisión médica voluntaria para niños en 14 países prioritarios de África oriental y del sur.</p>	<p>Servicios de detección del VIH</p> <p>Salud sexual y reproductiva con programas mejorados para adolescentes embarazadas y acceso a la anticoncepción (además de los preservativos) y servicios para las enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Podría considerarse la profilaxis previa a la exposición para aquellos con riesgo significativo³³ de contagio del VIH como parte de proyectos de demostración.</p> <p>Intervenciones estructurales (vea a continuación)</p>	<p>Servicios de detección del VIH</p> <p>Paquetes de prevención para cada grupo clave según se describe en las directrices de poblaciones clave de la OMS,^{iv} incluida la reducción del riesgo para jóvenes que se inyectan drogas.</p> <p>La profilaxis previa a la exposición puede considerarse para aquellos con riesgo importante de contraer el VIH, especialmente hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero y jóvenes adictos a drogas intravenosas.</p> <p>Intervenciones estructurales (vea a continuación)</p>
Epidemias de baja prevalencia	<p>Preservativos (masculinos y femeninos)</p> <p>Prestación estratégica de servicios de detección del VIH para adolescentes de alto riesgo (Las campañas de los servicios nacionales de detección del VIH dirigidas a los adolescentes normalmente no están garantizadas).</p>		
Intervenciones estructurales que tengan un efecto más amplio y que puedan incidir en la reducción de las infecciones por VIH (deben personalizarse según contexto)	<p>Programas de protección social que aumenten la permanencia de niñas adolescentes en la escuela.</p> <p>Programas que prevengan y respondan a la violencia sexual y de género.</p> <p>Programas que aborden las barreras jurídicas y de otra naturaleza que impidan el acceso de los adolescentes a los servicios, incluidas las poblaciones jóvenes de grupos clave.</p> <p>Educación sexual integral para adolescentes dentro y fuera de las escuelas.</p>		

³³ La OMS considera una incidencia de ≈3% como una buena relación costo-beneficio para la oferta de profilaxis previa a la exposición.

Consideraciones clave para los adolescentes

En relación con los **servicios de integración**, tal y como se describe en la sección III.1, los servicios de detección del VIH, la circuncisión médica voluntaria, la reducción del riesgo y otros servicios ofrecen una gama de oportunidades para interactuar con los adolescentes y vincularlos con otras intervenciones de prevención, información y servicios de salud sexual y reproductiva, educación integral sobre sexualidad, programación de hábitos de vida sana y servicios de bienestar social.

Para los adolescentes con mayor riesgo, la prevención combinada, según la describen las directrices de la OMS para poblaciones clave, debe incluir intervenciones clínicas así como facilitadores críticos para asegurar que pueden aprovechar los beneficios de los servicios disponibles.^{ix}

Para los adolescentes que viven con el VIH, tras un diagnóstico de VIH, debe ofrecerse un paquete de intervenciones de apoyo para asegurar una vinculación oportuna al tratamiento y los cuidados, además de apoyo psicosocial y legal, que reducirá la mortalidad, la morbilidad y la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.³⁴ La vinculación oportuna para adolescentes, exige mecanismos, introducidos en el momento de la prueba, como intervenciones lideradas por iguales, servicios comunitarios, servicios móviles, centros de información, grupos de apoyo y aplicaciones innovadoras de tecnología móvil y redes sociales.

También existen nuevos enfoques que requieren un mayor conocimiento de la repercusión potencial en los adolescentes:

- La **autodetección del VIH** está disponible en algunos países y cada vez hay una mayor disponibilidad en situaciones formales e informales. Puede ser útil para adolescentes sin acceso a los servicios de detección del VIH,^{lvi} pero deben tenerse en cuenta ciertas consideraciones en su introducción, a fin de evitar potenciales resultados adversos.
- Está previsto que la **profilaxis previa a la exposición** sea un elemento importante en la prevención combinada para aquellos usuarios con alto riesgo de infección del VIH, en particular en las poblaciones clave.^{lvii} No obstante, se necesitan más pruebas para comprender los problemas de aceptación y la mejor forma de implantar esta intervención para los adolescentes.
- Las **transferencias en efectivo/incentivos** y otras intervenciones de protección social pueden producir amplios beneficios más allá del VIH, especialmente si pueden aumentar la asistencia a clases y la culminación de los cursos de las adolescentes. En términos de reducción de la vulnerabilidad al VIH, estas han demostrado, con resultados mixtos, una posible repercusión en la prevención del VIH en niñas adolescentes en algunas situaciones. Se necesita investigar más a fin de crear la base de pruebas para esta intervención preventiva.^{lviii}

Todas las intervenciones preventivas para adolescentes deben realizarse mediante plataformas y servicios comunitarios, (según lo tratado en la sección III.1) y con el objetivo de adaptarse a las necesidades de los adolescentes en servicios accesibles, aceptables, asequibles e integrales. Cuando se realizan intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales a través de servicios comunitarios adaptados, los adolescentes, especialmente los de las poblaciones clave, son más proclives a utilizar estos servicios y comprometerse a someterse a los cuidados médicos.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave destinados a la prevención del VIH.

³⁴ Tras el diagnóstico de VIH, debe ofrecerse un paquete de intervenciones de apoyo para asegurar una vinculación oportuna al cuidado de personas con el VIH. (Recomendaciones de la OMS, 2016).

Tratamiento, cuidados y asistencia

Recomendaciones específicas de la OMS para los adolescentes:

La terapia con ARV debe iniciarse en todos los adolescentes que padecen VIH independientemente de la fase descrita por la OMS y el recuento de células CD4.^{xlvi}

Como prioridad, la terapia con ARV debe iniciarse en todos los adolescentes con una enfermedad clínica grave o avanzada de VIH (fase 3 ó 4 de la OMS) y en adolescentes con recuento de células CD4 ≤ 350 cél./mm.³^{xlvi}

La terapia con antirretrovirales de primera línea para adolescentes debe constar de dos NRTI más un NNRTI o un INSTI.

TDF + 3TC (o FTC) + EFV como combinación de dosis fija se recomienda como opción preferida para iniciar los tratamientos con antirretrovirales (firme recomendación, poca evidencia cualitativa).

TDF + 3TC (o FTC) + DTG o TDF + 3TC (o FTC) + EFV400a pueden utilizarse como opciones alternativas para iniciar la terapia con antirretrovirales (recomendación condicional, existen pocas prueba cualitativas).^{xlvi}

Los adolescentes deben recibir orientación sobre los beneficios y riesgos potenciales de revelar el estado del VIH y ser empoderados y apoyados para determinar si deben revelar su afección, a quién pueden decírselo, cuándo y cómo hacerlo.^{xxxiii}

En situaciones donde las infecciones bacterianas severas y/o la malaria sean muy prevalentes, debe iniciarse la profilaxis con cotrimoxazol independientemente del recuento de células CD4 o de la etapa clínica de la OMS y continuarse hasta la edad adulta, sin importar la administración de la terapia con antirretrovirales.^{xlvi}

La detección del cáncer cervical debe hacerse en chicas y mujeres sexualmente activas y tan pronto como hayan dado positivo para el VIH.^{lix}

Para todas las niñas <13 se recomienda la vacunación contra el VPH. Para todas las seropositivas mayores de 13 años que no hayan practicado sexo nunca, la vacuna del VPH sería beneficiosa.^{lx}

Hay dos grupos específicos de adolescentes que conviven con el VIH: **Adolescentes que contrajeron el VIH de forma perinatal** durante el embarazo o parto o durante la lactancia, y **adolescentes que contrajeron el VIH durante la adolescencia**, debido al coito sin protección o por la inyección de drogas endovenosas, o lo que es menos frecuente, por transfusión de sangre o el uso compartido de instrumentos de tatuaje o *piercing*.^{lxi} Estos adolescentes pueden tener distintas necesidades clínicas y psicosociales de prevención, cuidado y apoyo para que acepten un tratamiento y se comprometan a seguirlo; deben prepararse programas destinados a personalizar las intervenciones a las necesidades específicas de ambos grupos.

Criterios de iniciación de la terapia con antirretrovirales

La OMS ahora dispone de recomendaciones específicas para la iniciación de la terapia con ARV en todos los adolescentes que conviven con el VIH. Se reconoce la adolescencia como un período distinto de la vida y los desafíos únicos a los que se enfrentan al iniciar y permanecer en terapias con ARV. La conformidad con los criterios de iniciación para adultos y niños simplifica la programación y **amplía la cobertura de las terapias con ARV, que crea oportunidades para inscribir a los adolescentes que padecen VIH en los cuidados correspondientes**. Las bajas tasas de adhesión y el alto riesgo de abandono del seguimiento son factores importantes en la evaluación del equilibrio entre riesgos y beneficios de una iniciación temprana de la terapia con ARV en los adolescentes. **La implantación requiere una gran**

inversión en iniciativas que acelerarán la expansión del acceso y la mejora de la calidad de los servicios de tratamiento, cuidado y apoyo para adolescentes.^{lxii, lxiii}

Selección de regímenes con antirretrovirales

Los regímenes con ARV para adolescentes deben guiarse por:

- La necesidad de usar tratamientos potentes y biodisponibles de primera línea que minimicen la toxicidad.
- La conveniencia de la dosificación una vez al día y el uso de combinaciones de dosis fijas siempre que sea posible.
- La conveniencia de alinear tratamientos recomendados para adolescentes con los de adultos.^{lxii, lxiv}

Ahora pueden considerarse tratamientos nuevos y más potentes al tiempo que se mantiene una armonización total con los que siguen los adultos. Estos tratamientos incluyen DTG o EFV400 en combinación con TDF/XTC.^{xlvi}

Paquete de cuidados clínicos

El seguimiento de la carga viral continúa siendo el enfoque más adecuado para supervisar la respuesta al tratamiento (consulte las directrices sobre los ARV).^{xlvi} El acceso a las pruebas de la carga viral en adolescentes debe garantizarse y mejorarse potencialmente a fin de detectar de forma más temprana posibles fallos en el tratamiento y la resistencia a los medicamentos —algo a que se da con frecuencia entre los adolescentes que son susceptibles—^{xlvi} con objeto de minimizarlos y optimizar las secuencias de tratamiento.

El paquete de cuidados para adolescentes con el VIH que inician la terapia con ARV debe incluir una supervisión adecuada y la provisión de profilaxis CTX a fin de reducir la morbilidad en situaciones de elevada prevalencia de malaria y/o infecciones bacterianas graves.^{xlvi} También se recomienda la prueba del cáncer cervical y la vacuna del VPH.^{lix}

Apoyo al acceso al tratamiento y la continuidad de los cuidados

La recomendación para **implementar servicios sanitarios adaptados a los adolescentes en todos los servicios de tratamiento del VIH** (consulte la sección III.1 relativa a la calidad de los servicios para los adolescentes) asegura el diagnóstico en adolescentes y las terapias con ARV de forma oportuna, y el apoyo para seguir recibiendo los cuidados y permanecer bajo tratamiento.

Además, **son necesarios modelos de prestación de servicio fuera de las instalaciones**. Las intervenciones de compañeros y los servicios comunitarios pueden ofrecer información, suministros, apoyo para la revelación y seguimiento del tratamiento, además de apoyo psicosocial. También pueden facilitar la identificación temprana de adolescentes que requieran un mayor seguimiento, derivaciones y apoyo.

Nuevas recomendaciones sobre la frecuencia de las visitas clínicas^{35, 36} así como el marco de cuidado diferenciado^{lxiii} son particularmente pertinentes para los adolescentes con rutinas que implican mucha actividad y prioridades concurrentes que podrían obstaculizar las visitas frecuentes. Sin embargo, son cruciales **la estrecha supervisión del compromiso de los adolescentes con el tratamiento, su seguimiento rápido y proactivo además de la implantación de estrategias para la reincorporación**. La promoción de la independencia y la autogestión por parte de los proveedores sanitarios es esencial para el éxito de la atención diferencial a los adolescentes.

Es especialmente importante reconocer las necesidades y el desarrollo evolutivo de los adolescentes, el papel esencial de los cuidadores, la **importancia del apoyo psicosocial y el acceso a servicios de salud**

³⁵ Para las personas estables en terapia con ARV, se recomiendan visitas clínicas menos frecuentes (3-6 meses). (Recomendación de la OMS, 2016).

³⁶ Para las personas estables en terapia con ARV, se recomiendan recogidas menos frecuentes de medicamentos (3-6 meses). (Recomendación de la OMS, 2016).

sexual y reproductiva, incluidas las pruebas de cáncer cervical y la vacunación del VPH, los servicios que traten enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción y los abortos seguros en la medida más amplia permitida por la legislación. Consulte la sección III.1 para ver más detalles sobre las consideraciones de prestación de servicios relativas al acceso al tratamiento y a su continuidad.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave sobre el tratamiento, cuidado y apoyo del VIH.

TUBERCULOSIS/VIH

Las personas que viven con el VIH son 24-28 veces más proclives a desarrollar tuberculosis que otras personas sin el VIH y la tuberculosis es la causa principal de muerte de pacientes con el VIH.^{lxv} Los adolescentes en entornos donde la prevalencia del VIH y la tuberculosis es elevada siguen sufriendo altos niveles de muerte por el VIH, nuevas infecciones derivadas de VIH y muertes relacionadas con la tuberculosis o causadas por la comorbilidad tuberculosis/VIH. **Los países deben centrarse en fortalecer los sistemas sanitarios y comunitarios a fin de aumentar el acceso a los servicios para adolescentes y personalizar las “tres ies” de la tuberculosis/VIH para este grupo etario: búsqueda intensificada de casos, gestión de infecciones de tuberculosis latentes y control de las infecciones (p. ej., con terapia preventiva de isoniácida), para reducir la prevalencia de la tuberculosis en adolescentes seropositivos.** Alentarles para que sigan el tratamiento es sumamente importante para los adolescentes con otros padecimientos y cuya carga de medicamentos es aún mayor, lo que aumenta el potencial de incumplimiento del tratamiento.

La detección temprana de la tuberculosis en adolescentes con VIH tras una cuidadosa evaluación de los síntomas y señales, el diagnóstico realizado con una investigación adecuada (p. ej., con **Xpert MTB/RIF como primera prueba de diagnóstico**) y el inicio temprano del tratamiento contra la tuberculosis son cruciales para mejorar la supervivencia y la calidad de vida.^{37, 38}

Las pruebas del VIH deben ofrecerse de forma rutinaria a todas las personas con tuberculosis, incluidos los adolescentes. Es importante que el personal sanitario tenga la sensibilidad y la capacidad necesarias para aconsejar a los adolescentes en general así como cuando haya un diagnóstico de VIH en adolescentes con tuberculosis. La integración de los servicios de terapia para la tuberculosis y los servicios con ARV para adolescentes puede mejorar el diagnóstico de ambas infecciones y mejorar los resultados médicos. Todos los adolescentes con VIH deben someterse a una prueba para comprobar si padecen tuberculosis y el inicio temprano de la terapia con antirretrovirales reducirá el riesgo de contraer tuberculosis.

El inicio temprano de la terapia con ARV en pacientes con tuberculosis asociada al VIH es fundamental para reducir la mortalidad. **La terapia con ARV debe iniciarse en todos los pacientes tuberculosos con el VIH independientemente del recuento de CD4 dentro de las primeras ocho semanas del inicio del tratamiento contra la tuberculosis.**^{xlvi} Para aquellos con inmunodeficiencia profunda, (p. ej., recuentos de CD4 inferiores a 50 cél./mm³, la terapia con ARV debe iniciarse en las primeras dos semanas del inicio del tratamiento contra la tuberculosis).

³⁷ Debe someterse a una prueba a los adultos y adolescentes con VIH para descartar que tengan tuberculosis con un algoritmo clínico; aquellos que muestren alguno de los síntomas (tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna) podrían padecer una tuberculosis activa y debe comprobarse si tienen la tuberculosis y otras enfermedades. (Recomendación de la OMS, 2012).

³⁸ Los adultos y adolescentes con VIH deben ser examinados con un algoritmo clínico; aquellos que no muestren ninguno de los síntomas (tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna) no tendrán tuberculosis activa y deberá ofrecérseles tratamiento preventivo intermitente. (Recomendación de la OMS, 2012).

Cuadro 11. Actividades conjuntas para afrontar la coinfección de tuberculosis/VIH^{lxvi}

Para abordar la tuberculosis asociada al VIH la OMS recomienda un paquete de 12 puntos de actividades conjuntas de tuberculosis/VIH centrado en tres áreas principales:

1. Establecer y reforzar los mecanismos para la prestación de servicios integrados de tuberculosis y VIH.
2. Reducir la carga de tuberculosis en pacientes con VIH e iniciar la terapia temprana con antirretrovirales.
3. Reducir la carga que representa el VIH en pacientes con tuberculosis supuesta y diagnosticada.

Estas actividades conjuntas de tuberculosis/VIH tienen el objetivo de crear mecanismos de colaboración entre programas de tuberculosis y VIH y reducir así la carga que supone la tuberculosis para las personas que conviven con el VIH y disminuir la carga del VIH para los pacientes tuberculosos. Se estima que la implantación de las actividades de colaboración tuberculosis/VIH de 2005 a 2014 ha salvado 5,8 millones de vidas, aunque se debe hacer mucho más para alcanzar el acceso universal a las medidas curativas y erradicar las muertes por tuberculosis asociadas al VIH.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave destinados a las actividades colaborativas de tuberculosis/VIH.

Tuberculosis

La tuberculosis en adolescentes difiere de la tuberculosis en adultos y niños debido a su perfil de efectos secundarios y a los problemas derivados del seguir el tratamiento. Además, las pruebas recogidas demuestran que los adolescentes tienen una progresión más rápida desde que se contagian de tuberculosis hasta que desarrollan la enfermedad.³⁹ Por ende, los programas deben asegurar que se dé a conocer el tratamiento y se ofrezca el apoyo adecuado al paciente adolescente.

Las características específicas de la adolescencia (según se describe en la sección I.2) y las pruebas de campo apuntan a una elevada prevalencia de casos de tuberculosis en adolescentes no explicada por el VIH y hay una mayoría de casos sin detectar.⁴⁰ Otro estudio demuestra que muchos adolescentes son asintomáticos y se detectan principalmente mediante el rastreo de los contactos⁴¹. Los casos como este apuntan a la necesidad de enfoques innovadores para ampliar las pruebas y el rastreo de los contactos entre distintas redes adolescentes. Los adolescentes exigen una búsqueda activa de casos y el rastreo de los contactos. Además, debe utilizarse Gene Xpert para el diagnóstico dentro de este grupo ya que tienen más enfermedades extrapulmonares y estudios mediante frotis negativos⁴². La terapia preventiva para evitar la progresión de la infección de tuberculosis a la enfermedad también es clave.

El enfoque centrado en los adolescentes debe fomentar un comportamiento saludable para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (incluido el apoyo para la aceptación del tratamiento) y reducir la estigmatización y la discriminación que puede resultar de la disrupción de las rutinas habituales cuando se acude a tratamiento.

³⁹ *Force of tuberculosis infection among adolescents in a high HIV and tuberculosis prevalence community: a cross-sectional observation study.* BMC Infectious Diseases, serie de BMC, 2011, 11:156.

⁴⁰ *Prevalence of tuberculosis in adolescents, western Kenya: implications for control programs.* Videlis Nduba et al. International Journal of Infectious Diseases. 2015; 35: 11-17.

⁴¹ <https://webbertraining.com/files/library/docs/152.pdf>

⁴² http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/childhoodtb/assets/documents/2014%20Annual%20Meeting%20Presentations/Epidemiology%20TB%20adolescents%20Kathryn%20Snow.pdf

Salud digital

Una innovación que puede ser especialmente adecuada para los adolescentes es el uso de tecnologías de la información y la comunicación, o salud digital, un elemento clave de la estrategia para erradicar la tuberculosis. Algunas de las funciones de los enfoques de salud digital, como el cuidado de pacientes, eDOT, supervisión, monitorización y la formación electrónica pueden tener una particular repercusión entre los adolescentes y facilitar así sus vínculos y un mayor compromiso con los servicios y proveedores sanitarios.^{lvii}

Estigmatización y discriminación relacionadas con la tuberculosis

La estigmatización es un proceso complejo que involucra a instituciones, comunidades y actitudes interpersonales. Es uno de los muchos factores que obstaculizan la erradicación de la tuberculosis por su efecto adverso en el acceso a los cuidados médicos y los resultados del tratamiento. La estigmatización por la tuberculosis se siente mucho más en ciertos subgrupos de población, como mujeres, refugiados, personas de áreas rurales y personas con bajo nivel de estudios,¹ por lo que es importante continuar investigando los efectos en otros subgrupos, incluidos los adolescentes,² ya que los niños y los adolescentes pueden sufrir una dimensión adicional de la estigmatización.³ Esta es especialmente elevada en los adolescentes, lo que provoca que retrasen la búsqueda de atención, no revelen su estado y problemas afines. Las intervenciones contra la estigmatización deben incluirse en las estrategias nacionales o planes de trabajo contra la tuberculosis, medidas y respuestas en estrecha colaboración con socios, incluida la sociedad civil y las organizaciones comunitarias. A pesar de la falta de estudios sobre intervenciones relacionadas, las intervenciones contra la estigmatización deben diseñarse cuidadosamente, centrándose en subgrupos específicos, adolescentes en este caso, así como en sus respectivas comunidades. Algunas intervenciones que se consideran útiles para reducir la estigmatización anticipada y asumida incluyen las siguientes, adaptadas y modificables para los adolescentes y sus respectivas comunidades.⁴³

Estigmatización anticipada (población general)

- Programas educativos que proyecten imágenes positivas de adolescentes con tuberculosis.
- Charlas sobre tuberculosis en puntos de reunión adolescente, incluidos los centros docentes.
- Concentraciones y manifestaciones contra la tuberculosis que incorporen a los adolescentes.
- Desarrollo y difusión de la información sobre la tuberculosis por y para adolescentes.

Estigmatización anticipada entre el personal sanitario

- Formación específica sobre la estigmatización.
- Terapia centrada en el paciente y prestación de cuidados de forma no estigmatizante hacia los adolescentes, respetando la confidencialidad.

Estigmatización anticipada entre pacientes

- Clubes de tuberculosis para adolescentes, donde puedan prestarse apoyo unos a otros.

Estigmatización asumida/autodesprecio

- Formación de adolescentes y sus familias sobre la enfermedad y sus probabilidades de curación.
- Grupos de apoyo para adolescentes con tuberculosis y personal sanitario.
- Grupos de autoayuda / clubes de tuberculosis para adolescentes con tuberculosis.

Vale la pena mencionar que estas actividades podrían aplicarse también a la estigmatización del VIH y la coinfección tuberculosis/VIH que los adolescentes padecen.

⁴³ *Tuberculosis and Stigmatization*. Andrew Courtwright et al. Public Health Rep. 2010; 125(supl. 4): 34-42.

1) *A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa*. Eastwood SV, Hill PC. Int J Tuberc Lung Dis. Ene. 2004; 8(1):70-75.
2) *Assessing the Consequences of Stigma for Tuberculosis Patients in Urban Zambia*. Anne Lia Cremers et al. PLoS One. 2015; 10(3): e0119861.

Prevención

Las actividades de investigación de contactos entre adolescentes pueden resultar difíciles debido a la complejidad de las redes sociales; la implicación de adolescentes en este trabajo puede crear oportunidades para llegar a grupos marginados o aislados y someterlos a pruebas, rastreo de los contactos y derivación a servicios de prevención y tratamiento comunitarios.

Diagnóstico

La adolescencia es un período de mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad tras la infección con *Mycobacterium tuberculosis* comparado con el período relativamente inactivo entre los 5 y 10 años de edad.^{lxviii} La tuberculosis en adolescentes difiere de la tuberculosis en niños, ya que los adolescentes son más proclives a presentar resultados clínicos y radiográficos similares a los adultos, y probablemente sean más infecciosos que los niños más pequeños.

La importancia del diagnóstico temprano en los adolescentes

Los adolescentes mayores en particular pueden presentar más a menudo la tuberculosis de tipo adulto (con caries y frotis positivos), lo que implica una mayor capacidad de transmitir la infección. Ya que los adolescentes mayores son a menudo los cuidadores de hermanos menores, pueden exponer a muchos pequeños y compañeros de clase a la infección. Por tanto, el diagnóstico temprano y el acceso al tratamiento, así como la educación en la higiene de la tos, son especialmente importantes para este grupo etario. Aunque el diagnóstico de la tuberculosis es más fácil que en niños más jóvenes, los adolescentes con tuberculosis son más susceptibles de sufrir la estigmatización, lo que puede obstaculizar el seguimiento del tratamiento.^{lxix} Los inmigrantes adolescentes no acompañados y los desplazados por catástrofes humanitarias pueden requerir una especial atención durante las actividades de detección de la tuberculosis.

La OMS ha desarrollado directrices para la detección de la tuberculosis que pueden aplicarse a poblaciones adolescentes.⁴⁴

Tratamiento

Implicar a los adolescentes diagnosticados con tuberculosis en los planes de tratamiento puede alentar su compromiso con el cuidado y el seguimiento del tratamiento. En función de la edad del paciente y la complejidad del caso, la gestión de la transición entre los servicios pediátrico y adulto puede ser necesaria.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave relativos a la información sobre la tuberculosis e intervenciones pertinentes para los adolescentes.

Malaria

La carga de la enfermedad y las consecuencias de la infección de malaria *Plasmodium falciparum* en adolescentes no están bien documentadas y la comprensión de los factores de riesgo específico e intervenciones beneficiosas en adolescentes es limitada. La malaria parece ser una causa común de enfermedad clínica, causa importante de ingresos hospitalarios y causa evitable de muerte entre los adolescentes. Los adolescentes más jóvenes pueden tener un riesgo mayor que los mayores debido a factores inmunitarios y hormonales, pero a menudo se incluyen con los niños en los estudios publicados. En general, la infección de malaria entre los adolescentes es un problema poco reconocido, pero la prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria debe tener una prioridad elevada en los programas sanitarios dirigidos a los adolescentes.^{lxx}

⁴⁴ Consulte las recomendaciones de la detección sistemática de la tuberculosis activa en: <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

La malaria durante el embarazo

La malaria durante el embarazo es el origen de varias consecuencias para la madre, el feto y el neonato especialmente importantes para las adolescentes embarazadas.⁴⁵ Ya que en los embarazos primerizos existe un mayor riesgo de contraer la malaria, y en muchos países con malaria endémica más del 50% de los embarazos primerizos se producen entre adolescentes, la prevención y el tratamiento de la malaria deben ser componentes importantes de los servicios prenatales para adolescentes. Los riesgos incluyen anemia severa, bajo peso del neonato, abortos y partos donde el niño nace muerto; en algunos estudios, estos efectos han demostrado una mayor severidad en adolescentes embarazadas que en mujeres maduras.^{lxxi}

Prevención

Los mosquiteros ofrecen beneficios a las embarazadas y al feto. Los datos específicos sobre adolescentes son limitados, aunque algunos datos indican que el uso de mosquiteros entre adolescentes es menor y la parasitosis es mayor. El objetivo de las estrategias preventivas de la malaria es asegurar la cobertura universal de la población en riesgo. Las estrategias de despliegue actuales incluyen que los adolescentes participen en la distribución de mosquiteros con insecticidas de larga duración y los tengan en propiedad. Puede existir la necesidad de actividades BBC focalizadas en el grupo etario de los adolescentes para incrementar el uso. La quimioprofilaxis de la malaria o el tratamiento preventivo intermitente reducen los episodios de malaria y anemia de la madre y aumentan el peso del neonato, especialmente en primeros y segundos embarazos.^{lxxii}

La infección por VIH aumenta la prevalencia de la malaria *Plasmodium falciparum* durante el embarazo, especialmente si se trata del primero, que, en África, se produce a menudo en la adolescencia; las estrategias para reducir la malaria adolescente o el VIH, deberían, por tanto, ofrecer una continuidad en los cuidados: antes de la concepción, durante el embarazo y en el postparto, además de incluir información adecuada y servicios preventivos y curativos. El apoyo al acceso a los cuidados prenatales y los servicios integrados, tal y como se trata en la sección III.1, puede facilitar la evaluación temprana del embarazo en adolescentes, la detección del VIH y otras ETS con derivación para su prevención, tratamiento y cuidado, según proceda. El desarrollo de servicios integrados que ofrezcan intervenciones contra el VIH y la malaria es una parte importante de los cuidados prenatales y puede actuar como catalizador para abordar necesidades más amplias de servicios sanitarios para los adolescentes.^{lxxiii}

Diagnóstico

Todos los casos sospechosos de malaria deben contar con un diagnóstico de confirmación por microscopio o con un *kit* de diagnóstico rápido. Solo los casos con parasitemia confirmada deben recibir el tratamiento contra la malaria. Todos los servicios de diagnóstico deben tener instaurado un sistema de aseguramiento de la calidad efectivo.^{lxxiv}

Tratamiento

El embarazo en adolescentes con malaria confirmada (que puedan ser sexualmente activas) debe evaluarse para guiar la elección de medicamentos antipalúdicos en edad gestacional.

Consulte el anexo 2 para ver recursos clave relativos a las intervenciones en casos de malaria importantes para los adolescentes.

⁴⁵ La OMS recomienda el siguiente paquete de intervenciones para la prevención y el tratamiento de la malaria durante el embarazo: el uso de mosquiteros con insecticidas de larga duración; en áreas de transmisión estable de malaria del África subsahariana, el tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina; el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de las infecciones de malaria. (Recomendación de la OMS, 2015).

Anexo 1: Preguntas orientativas clave

El presente anexo propone preguntas que pueden surgir en las distintas etapas del proceso de solicitud de financiamiento a fin de asegurar que se consideran las necesidades de los adolescentes y se incluyen en la solicitud de financiamiento. Los países deben adaptar estos ejemplos a su contexto nacional específico.

01 Diálogo de país

¿Están representados los adolescentes en el Mecanismo de Coordinación de País?

¿Se ha invitado a personas u organizaciones representativas de todos los subgrupos clave del país (adolescentes escolarizados y no escolarizados, poblaciones clave, adolescentes con el VIH) a unirse o participan ya en el Mecanismo de Coordinación de País? ¿El equipo de redacción y los asociados técnicos han analizado correctamente las preocupaciones y puntos de vista de los adolescentes y los han recopilado?

Si la respuesta es negativa, ¿qué procesos deben realizarse para implicar a los adolescentes en el diálogo de país y en el Mecanismo de Coordinación de País?

¿Se necesita formación de capacidades? ¿Cómo puede hacerse? ¿Quién puede prestar apoyo?

¿Cómo se asegura la responsabilidad del Mecanismo de Coordinación de País en lo relativo a la inclusión de adolescentes en el programa?

¿Quiénes son los asociados en el país que ofrecen apoyo a las intervenciones sanitarias para adolescentes?
¿Cuál es el tipo y el nivel de apoyo?

02 Planes y políticas nacionales

¿Está el derecho a la salud explícitamente reconocido en las estrategias, políticas o planes nacionales?

¿Hay una política o plan estratégico nacional para la salud adolescente?

- ¿Indica este qué adolescentes son los más afectados por el VIH, la tuberculosis y la malaria? ¿Hace referencia específica a las estrategias o políticas específicas en torno al VIH, la tuberculosis y la malaria?
- ¿Aborda consideraciones de prestación de servicios para adolescentes (p. ej., la mejora del acceso y la calidad de los servicios para adolescentes)?
- ¿Se incluyen consideraciones específicas para adolescentes en la implantación de las intervenciones?
- ¿Existen estándares nacionales para la prestación de servicios sanitarios a los adolescentes? Si la respuesta es positiva, incluyen:
 - ¿riesgos sanitarios claramente definidos en los adolescentes?
 - ¿un paquete definido de servicios?
 - ¿los grupos de adolescentes a los que se le presta servicio?
 - ¿formación al personal que atiende a los adolescentes?

Si no hay planes o políticas específicas sobre salud adolescente, ¿se menciona a los adolescentes y sus problemas particulares en los planes y políticas nacionales?

¿Se han valorado los costes del plan nacional?

03 Elaboración de la nota conceptual

Contexto nacional

Contexto de enfermedad, sistemas de salud y comunitarios

¿Sabemos cómo los adolescentes de este país se ven afectados por estas tres enfermedades?

Qué fuentes están disponibles para determinar:

- ¿quiénes son y dónde están las poblaciones clave de adolescentes para cada enfermedad?
- ¿qué servicios están disponibles para las poblaciones clave / adolescentes específicamente, quién presta los servicios y dónde lo hace?
- ¿qué barreras legales, de derechos humanos y estructurales específicas impiden el acceso a los servicios de los adolescentes incluidos los de poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

¿Cómo pueden reducirse estas barreras y quiénes son los actores clave para este trabajo?

¿Existen mecanismos para que los adolescentes notifiquen abusos físicos, emocionales o de derechos humanos? Si no los hay ¿cómo pueden instaurarse y quiénes son los actores clave para este trabajo?

¿Hay orientación de iguales para adolescentes?

Desglose de los datos

¿Hay datos de adolescentes presentes en los sistemas informáticos de gestión sanitaria nacional?

¿Qué tipos de datos se recopilan sobre los adolescentes?

Se desglosan los datos para poder responder a preguntas como:

- ¿cuáles son las poblaciones adolescentes prioritarias con mayor necesidad de respuesta específica para cada enfermedad?
- ¿cuál es el tamaño estimado de este grupo o subgrupo?
- ¿qué sabemos sobre la incidencia de la enfermedad en grupos distintos de adolescentes y dentro del grupo etario adolescente? (niñas, poblaciones clave, adolescentes con el VIH infectados de forma prenatal o durante la adolescencia, etc.).
- ¿qué porcentaje dentro de cada grupo adolescente clave es femenino?
- ¿acceden las poblaciones clave a los servicios en los mismos lugares que los adultos del grupo?
- ¿el desglose urbano/rural? ¿cuáles son las ubicaciones geográficas prioritarias con mayores deficiencias para adolescentes para poder centrar las intervenciones del programa para que tengan la máxima repercusión?
- ¿cuáles son las deficiencias de datos específicas de niñas? ¿En cada una de las poblaciones clave adolescentes?
- ¿cuál es el estado civil de los adolescentes?

Si los datos no están desglosados por edad, sexo y ubicación geográfica, ¿qué se puede hacer para empezar a recopilar datos desglosados?

Si se han recopilado datos pero no se han presentado por alguna razón (sensible para el rango etario más joven o al ser muestras muy pequeñas), ¿qué se puede hacer para estimular el desglose y abordar la sensibilidad o los problemas emergentes?

¿Se han definido objetivos específicos por edad y sexo a fin de exigir el desglose de los datos?

¿Pueden los asociados técnicos ofrecer parte de esta información estratégica?

Escenario de financiamiento

¿Cuál es la proporción del presupuesto nacional asignado al Ministerio de Sanidad?

¿Cuál es la proporción del presupuesto nacional asignado a la salud adolescente?

¿Hay iniciativas relacionadas con el incremento de la resistencia del sistema sanitario en curso o planificadas?
¿Hay componentes específicos para adolescentes y asignaciones específicas para dichos componentes?

¿Hay intervenciones específicas o iniciativas relacionadas con estas tres enfermedades en curso o planificadas?
¿Hay asignaciones de presupuesto específicas para los citados componentes del programa?

¿Qué grupos de adolescentes son el objetivo?

¿Cuáles son las fuentes y niveles de financiamiento para estas inversiones?

¿Qué regiones geográficas están cubiertas?

¿Cuáles son las deficiencias en términos de subpoblaciones de adolescentes, tipos de intervención o área geográfica?

Solicitud de financiamiento

Análisis de las deficiencias programáticas

¿Hay indicadores específicos sobre adolescentes, estimaciones de población y objetivos de intervención prioritaria en las tres enfermedades y en relación con el FSS?

Si no, ¿qué acciones deben llevarse a cabo a fin de incluir objetivos adolescentes específicos?

¿Cubre el programa de formación nacional la salud adolescente? Si la respuesta es sí, ¿cuál es su descripción?

- Formación previa a la prestación de servicios para estudiantes en instituciones formativas
- Formación en el puesto de trabajo para el personal sanitario
- Formación previa a la prestación de servicios y en el puesto de trabajo

¿Se enseña la salud y el desarrollo adolescente como un tema independiente o está incluido en otras materias como ginecología o pediatría?

¿Hay transversalidad del concepto de desarrollo y la salud adolescente entre las distintas áreas de contenido?

¿Cuál es el porcentaje de instalaciones que tienen al menos un proveedor sanitario formado en servicios adaptados a los adolescentes?

Selección de módulos e intervenciones prioritarios

¿Están vinculados los módulos prioritarios seleccionados con los objetivos y metas de salud adolescente del programa nacional? Si la respuesta es no, ¿se explican las opciones de forma que justifique la solicitud de financiamiento?

¿Han influido las consideraciones adolescentes en la selección de todos los módulos prioritarios (no solo para los módulos de prevención en adolescentes y jóvenes)?

¿Cuáles son las intervenciones de alta repercusión y las oportunidades sectoriales necesarias para acelerar los resultados en adolescentes destinadas a los sistemas para la salud resistentes y sostenibles y de cada enfermedad?

¿Cuáles son las intervenciones de alta repercusión necesarias para acelerar el fortalecimiento del sistema comunitario de grupos/organizaciones lideradas por adolescentes?

Anexo 2: Recursos del Fondo Mundial

El Fondo Mundial mantiene una biblioteca de recursos en su sitio web para ayudar a los países a gestionar el modelo de financiamiento y los procesos relacionados. Los recursos incluyen información técnica sobre un amplio abanico de temas relacionados con las subvenciones del Fondo Mundial, como sistemas para la salud resistentes y sostenibles, fortalecimiento de los sistemas comunitarios, igualdad de género, orientación sexual e identidad de género, información estratégica, derechos humanos, salud reproductiva, materna, neonatal e infantil además de información específica sobre enfermedades. Consulte el sitio web del Fondo Mundial para ver estas directrices, estrategias, informes, cursos de formación en línea y otras herramientas complementarias.

01 Diálogo de país

1) *Hacer rendir el dinero para los jóvenes: una herramienta de participación para el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.* (2014)

Parte 1 para activistas y organizaciones juveniles

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2661_part1_en.pdf

Parte 2 para los miembros de los mecanismos de coordinación de país y otros agentes del Fondo Mundial

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2661_part2_en.pdf

Conjunto de herramientas para que el facilitador implante la parte 1 (en producción para 2016 por el ONUSIDA con el Pacto Europeo para la Juventud).

2) *Engage! Practical tips to ensure the new funding model delivers the impact communities need.* (2014)

<http://www.theglobalfund.org/en/applying/updates/2014-04-24-Engage-Practical-tips-to-ensure-the-new-funding-model-delivers-the-impact-communities/>

3) *Participate: The voice of young people in programmes and policies.* (2008)

<http://www.ippf.org/resource/Participate-voice-young-people-programmes-and-policies>

4) *GIYPA Guidebook: Supporting organizations and networks to scale up the meaningful involvement of young people living with HIV.*

<http://www.clac.cab/portfolio-item/giypa-guidebook-supporting-organisations-and-networks-scale-meaningful-involvement>

5) *A Toolkit for monitoring and evaluating children's participation.* (2014)

<http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/toolkit-monitoring-and-evaluating-childrens-participation>

6) *Advocacy strategy toolkit.* ONUSIDA. (2014)

http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/advocacy_toolkit

7) *Strategizing with your youth constituency.* (2015)

<http://restlessdevelopment.org/file/pact-strategising-pdf>

02 Planes y políticas nacionales

1) *In or Out? Asia-Pacific review of young key populations in national AIDS strategic plans*. UNESCO. (2014)

<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002285/228565E.pdf>

2) *Toolkit to develop a National Strategic Plan for tuberculosis prevention, care and control. Methodology on how to develop a national strategic plan*. WHO. (2015)

http://www.who.int/tb/publications/NSP_toolkit/en/

3) *Meaningful Participation of TB Communities in National Planning. Estrategia Alto a la Tuberculosis*.

<http://www.stoptb.org/assets/documents/global/fund/MEANINGFUL%20PARTICIPATION%20OF%20TB%20COMMUNITIES%20IN%20NATIONAL%20PLANNING.pdf>

03 Contexto nacional

1) *Young Key Populations at Higher Risk of HIV in Asia and the Pacific. Making the case with strategic information: Guidance report*. (2012)

http://www.unicef.org/eapro/Young_key_populations_at_high_risk_of_HIV_in_Asia_Pacific.pdf

2) *WHO Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector*. (2015)

<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>

3) *Instrumento del ONUSIDA para un diagnóstico de género: hacia una respuesta que transforme las relaciones de género ante el VIH*. (2014)

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf

4) *Lost in Transitions: Current issues faced by adolescents living with HIV in Asia and the Pacific*. UNICEF, UNESCO, Treat Asia y APN+. (2013)

http://www.unicef.org/eapro/Lost_in_Transitions.pdf

5) *Investigación ética con niños UNICEF*. Centro de Investigaciones Innocenti. (2013)

<http://www.unicef-irc.org/publications/706>

6) *Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes*. OMS y ONUSIDA. (2015)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/

7) *Global school-based student health survey (GSHS)*, un proyecto de investigación colaborativa que mide y evalúa los riesgos conductuales y los factores de protección entre adolescentes de entre 13 y 17 años

<http://www.who.int/chp/gshs/en/>

8) *Regional initiatives to address the challenges of tuberculosis in children: perspectives from the Asia-Pacific region*. (2015)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971214017305>

9) *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Health Services for Adolescents Under 18 Engaged in Selling Sex in Asia Pacific*. (2014)

<http://www.aidsdatahub.org/sexual-and-reproductive-health-needs-and-access-health-services-adolescents-under-18-engaged-selling>

04 Sistemas para la salud resistentes y sostenibles

1) *Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década.* (2014)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/

2) *Adolescents Under the Radar in the Asia-Pacific AIDS Response.* UNICEF. (2015)
http://www.unicef.org/eapro/Adolescents_Under_the_Radar_final.pdf

Prestación de servicios

Modelos de prestación de servicios

1) *Adolescent HIV testing, counselling and care: Implementation guidance for health providers and planners.* WHO. (2014)
<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

2) *HIV and adolescents: Guidance on HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV.* WHO. (2013)
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>

3) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.* WHO. (2016)
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2016/en/>

4) *Fomentar la inclusión de la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (SRMRN) en las notas conceptuales para el Fondo Mundial.* OMS. (2014)
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/rmnch-global-fund/en/

5) *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.* WHO. (2010)
<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

6) *IATT Young Key Population Briefs.* (2015)
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/>
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-msm/en/>
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-sexworkers/en/>
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-transgender/en/>

7) *OMS: Directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción.* (2006)
http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf

8) *Póster: Creating an Enabling Legal and Policy Environment for Young People to Access Harm Reduction Services.* (2015)
<http://www.aidsdatahub.org/creating-enabling-legal-and-policy-environment-young-people-access-harm-reduction-services-unesco>

9) *Integrating collaborative tuberculosis and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: Consolidated Guidelines.* WHO. (2016)
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/204484>

10) *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. WHO. (2014)
http://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/en/

11) *Community-Based TB and HIV Integration Good Practice Guide*. International HIV/AIDS Alliance. (2013)
http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/719/90636-Good-practice-guide-Community-based-TB-and-HIV-integration_original.pdf?1406297871

Calidad de los servicios

1) *Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década*. (2014)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/

2) *Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes*. WHO. (2015)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/

3) *Making health services adolescent-friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. WHO. (2012)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

4) *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria*. WHO. (2015)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/

5) *What's new in service delivery. Factsheet: HIV treatment and care*. WHO. (2016)
<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-service-delivery-factsheet/en/>

6) *What's new in adolescent treatment and care? Factsheet HIV treatment and care*. WHO. (2016)
<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-adolescent-factsheet/en/>

7) *Keys to youth friendly services*. IPPF.
<http://www.ippf.org/resources/publications/Keys-youth-friendly-services>

8) *Proveer: Herramienta de autoevaluación para servicios amigables dirigidos a la gente joven*. IPPF.
<http://www.ippf.org/resource/Provide-Self-Assessment-Tool-Youth-Friendly-Services>

9) *Minimum Standards for Child and Adolescent HIV, TB and Malaria Continuum of care and Support in the SADC Region*. (2013-2017)
https://www.sadc.int/files/2814/1898/8336/SADC_MINIMUM_STANDARDS_FOR_HIV_AND_AIDS_TB_HEPATITIS_B_AND_C_AND_SEXUALLY_TRANSMITTED_INFECTIONS_PREVENTION_TREATMENT_CARE_AND_SUPPORT_IN_PRISONS_IN_THE_SADC_REGION_A4.pdf

Sistemas comunitarios

1) *Engage-TB: Training of community health workers and community volunteers*. WHO. (2015)
http://www.who.int/tb/publications/2015/engage_tb_training/en/

2) *Incluidos Involucrados Inspirados: Un marco de trabajo para Programas de Educación de Jóvenes Pares*. IPPF.

<http://www.ippf.org/resource/Included-Involved-Inspired-Framework-Youth-Peer-Education-Programmes>

3) *Contribuir a fortalecer el sistema de salud. Estrategia Alto a la Tuberculosis.*

<http://www.stoptb.org/assets/documents/global/fund/COMMUNITY%20SYSTEM%20STRENGTHENING%20AND%20TB.pdf>

4) *Safeguarding the Rights of Children and Young People. International HIV/AIDS Alliance.* (2014)

<http://www.aidsalliance.org/resources/480-safeguarding-the-rights-of-children-and-young-people>

5) *Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn and child and adolescent health. Technical guide.* WHO. (2015)

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/h4_chws/en/

6) *WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health.* (2014)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/

Barreras estructurales

1) *Instrumento del ONUSIDA para un diagnóstico de género: Hacia una respuesta que transforme las relaciones de género ante el VIH.* (2014)

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf

2) *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic.* WHO. (2013)

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/

3) *Adolescent HIV testing, counselling and care: Implementation guidance for health.* WHO. (2014)

<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

4) *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* WHO. (2014)

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

5) *Young people and the law in Asia and the Pacific. A review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health services and HIV services.* UNESCO. (2013)

<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002247/224782E.pdf>

6) *IATT Young Key Population Briefs.* (2015)

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/>

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-msm/en/>

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-sexworkers/en/>

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-transgender/en/>

7) *Girlhood, Not Motherhood.* UNFPA. (2015)

<http://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>

8) *OMS: Directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción.* (2006)

http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf

05 Áreas de intervención epidemiológica

VIH

Prevención

1) Nota normativa. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: What's new?* WHO. (2015)

<http://www.who.int/hiv/pub/arv/policy-brief-arv-2015/en/>

2) Nota normativa: *WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP)*. (2015)

<http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>

3) *Adolescent HIV testing, counselling and care: Implementation guidance for health providers and planners*. WHO. (2014)

<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

4) UNFPA, OMS y ONUSIDA: *Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado*. (2015)

<file:///Users/maryhenderson/Desktop/GF%20ado%20info%20note/key%20resources/condoms/UNFPA,%20WHO%20and%20UNAIDS:%20Position%20statement%20on%20condoms%20and%20the%20prevention%20of%20HIV,%20other%20sexually%20trans.webarchive>

5) *Comprehensive Sexuality Education: A global review*. (2015)

<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002357/235707e.pdf>

6) *UNFPA resources on comprehensive sexuality education*.

<http://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education>

7) *Step by Step: Preparing for Work with Children and Young People Who Inject Drugs*. International HIV/AIDS Alliance. (2015)

<http://www.aidsdatahub.org/step-step-preparing-work-children-and-young-people-who-inject-drugs-international-hivaids-alliance>

Tratamiento, cuidados y asistencia

1) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. WHO. (2016)

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2016/en/>

2) *What's new in adolescent treatment and care? Factsheet: HIV treatment and care*. WHO. (2015)

<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-adolescent-factsheet/en/>

3) *What's new in service delivery? Factsheet: HIV treatment and care*. WHO. (2015)

<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-service-delivery-factsheet/en/>

4) *Adolescent HIV testing, counselling and care: Implementation guidance for health providers and planners*. WHO. (2014)

<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

- 5) *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales*. OMS. (2014)
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/hpv-vaccination/en/>
- 6) *Toolkit for Transition of Care and Other Services for Adolescents Living with HIV*. USAID. (2014)
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaec759.pdf
- 7) *IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV*. WHO (2010)
<https://www.k4health.org/toolkits/alhiv/imai-one-day-orientation-adolescents-living-hiv-participants-guide>

TUBERCULOSIS/VIH

- 1) *Política de la OMS sobre actividades de colaboración tuberculosis/VIH*. (2012)
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/
- 2) *Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración tuberculosis/VIH*. ONUSIDA. (2015)
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_guide_monitoring_evaluation_collaborative_TB-HIV_activities_en.pdf
- 3) *Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: Consolidated Guidelines*. WHO. (2016) <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204484>
- 4) *Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children: WHO Policy update*. (2014)
http://www.who.int/tb/publications/xpert_policyupdate/en/
- 5) *The use of lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis and screening of active tuberculosis in people living with HIV: Policy update*. WHO. (2015)
<http://www.who.int/tb/publications/use-of-lf-lam-tb-hiv/en/>
- 6) *Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents*. Centers for Disease Control and Prevention. (2013)
https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/Adult_OI.pdf
- 7) *Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections Among HIV-Exposed and HIV-Infected Children*. Centers for Disease Control and Prevention. (2013)
https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/oi_guidelines_pediatrics.pdf

Tuberculosis

- 1) *Digital health for the End TB Strategy*. WHO. (2015)
http://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/Digital_health_Endtuberculosisstrategy.pdf
- 2) *Tuberculosis and pregnancy. Factsheet*. Centers for Disease Control and Prevention. (2011)
<http://www.cdc.gov/tb/topic/populations/pregnancy/>
- 3) *Handbook of Child and Adolescent Tuberculosis*, edición de Jeffrey R. Starke y Peter R. Donald. (2016)
<http://www.tbonline.info/posts/2016/2/11/handbook-child-and-adolescent-tuberculosis/>

4) *Regional initiatives to address the challenges of tuberculosis in children: perspectives from the Asia-Pacific region.* (2015)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971214017305>

6) *Behavioural interventions for the control of tuberculosis among adolescents.* Morisky DE et al. (2001)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12196616>

7) *Treatment of tuberculosis: Guidelines, fourth edition.* WHO (2009)

http://www.who.int/tb/publications/tb_treatmentguidelines/en/

8) *TB and Women.* WHO. (2015)

<http://www.who.int/tb/publications/factsheets/en/>

Malaria

1) *Guidelines for the treatment of malaria.* WHO. (2015)

<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>

2) *Malaria in pregnant women.* WHO. (2015)

http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/



Notas finales

- i <http://universalhealthcoverageday.org/un-resolution/>
- ii http://www.who.int/universal_health_coverage/en/
- iii <https://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>
- iv <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>
- v http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf
- vi Plan de Acción Mundial contra la Malaria. <http://www.rollbackmalaria.org/microsites/gmap/>
- vii Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño, serie de tratados, 1577:3. Nueva York, Naciones Unidas, 1989.
- viii Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. OMS, 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- ix Directrices consolidadas sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado del VIH en grupos clave. OMS, 2014. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
- x Serie de guías técnicas sobre poblaciones jóvenes clave. OMS, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
- xi Plan de Acción para las Poblaciones Clave 2014-2017. Fondo Mundial. <http://www.theglobalfund.org/en/search/?q=key+populations+action+plan>
- xii *Ibíd.*
- xiii Isaakidis P *et al.* *Poor Outcomes in a Cohort of HIV-Infected Adolescents Undergoing Treatment for Multidrug-Resistant Tuberculosis in Mumbai, India.* PLOS ONE. 19 jul. 2013; 8(7):e68869.
- xiv *Adolescent HIV testing, counselling and care: Implementation guidance for health providers and planners.* WHO, 2014. http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/How_are_adolescents_different
- xv Nota normativa: *Transgender people and HIV.* WHO. (2015) <http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>
- xvi *Comprehensive Sexuality Education: A global review 2015.* UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002357/235707e.pdf>
- xvii *Health in 2015 from MDGs to SDGs.* WHO. (2015). <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>
- xviii http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/february/20150217_PR_all-in
- xix <http://data.unicef.org/resources/epidemiology-of-hiv-and-aids-among-adolescents-current-status-inequities-and-data-gaps.html>
- xx *Adolescents Under the radar in the Asia-Pacific AIDS response.* Equipo de Trabajo Interinstitucional de Asia-Pacífico sobre poblaciones jóvenes clave. (2015) http://www.unicef.org/media/files/REPORT_Adolescents_Under_the_Radar_FINAL.pdf
- xxi <http://allintoendadolescentaids.org>
- xxii Baggaley *et al.* *Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations.* Journal of the International AIDS Society 2015, 18 (supl. 1):19438. <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19438/html>

-
- xxiii Lamb MR *et al.* *High attrition before and after ART initiation among youth (15-24 years of age) enrolled in HIV care.* AIDS. 20 feb. 2014; 28 (4):559-68.
- xxiv Sumner S *et al.* 2015. *Prevalence of Sexual Violence Against Children and Social Services Utilization - Seven Countries, 2007-2013.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 64, 565-9.
- xxv Snow K. Presentación. *The Epidemiology of TB, TB/HIV and MDR-TB in Adolescents: what is the extent of the problem?* Asamblea anual del subgrupo de tuberculosis infantil, 27 oct. 2014, Barcelona (España).
- xxvi *Ibíd.*
- xxvii *Ibíd.*
- xxviii Lalloo DG *et al.* *Malaria in adolescence: burden of disease, consequences, and opportunities for intervention.* The Lancet Infectious Diseases. Dic. 2006; 6(12):780-93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17123898>
- xxix *Ibíd.*
- xxx *Ibíd.*
- xxxi Mavedzenge SN, Luecke E y Ross DA. *Effective Approaches for Programming to Reduce Adolescent Vulnerability to HIV Infection, HIV Risk, and HIV-Related Morbidity and Mortality: A Systematic Review of Systematic Reviews.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 1 jul. 2014; 66 supl. 2: S 154-69.
- xxxii *Informe de evaluación interno del Fondo Mundial (sin publicar), 2015.*
- xxxiii *HIV and adolescence: Guidance for testing and counselling and care for adolescents living with HIV.* WHO. (2013).
- xxxiv <http://www.ippf.org/resource/Participate-voice-young-people-programmes-and-policies>
- xxxv *#EndAdolescentAIDS en All In, guía para lograr el compromiso de los adolescentes, en producción para 2016.*
- xxxvi *Hacer rendir el dinero para los jóvenes: una herramienta de participación para el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.* El Fondo Mundial. (2014).
- xxxvii <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/dreams/index.htm>
- xxxviii http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
- xxxix *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector.* WHO, 2015.
- xl *Ibíd.*
- xli *Making the Case for Strategic Information: Guidance report.* UNICEF. (2013).
- xlii *Rotación de tareas: Redistribución racional de las tareas entre los equipos sanitarios. Recomendaciones y directrices globales.* OMS. (2008).
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/
- xliii *Directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción.* OMS. (2011)
http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf
- xliv *Ibíd.*
- xlv http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/Linkage_to_prevention_treatment_and_care
- xlvi *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.* WHO. (2016). <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/>
- xlvii *Ibíd.*

-
- xlvi *i*ERG (2013). *Every woman, every child: strengthening equity and dignity through health: the second report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- xlix *What's new in adolescent treatment and care?* WHO. (2015). <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-adolescent-factsheet/en/>
- ^l Nota normativa. *A standards driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. OMS. (2015). (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/184035>)
- ^{li} Nota normativa. *Building an adolescent-competent workforce*. OMS. (2015). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-competent-workforce/en/
- ^{lii} *Building Resilient and Sustainable Systems for Health: the Role of the Global Fund*. En borrador, 2015.
- ^{liii} *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción. Orientación y recomendaciones*. OMS. (2014). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf#page=24
- ^{liv} *Posición del ONUSIDA, el UNFPA y la OMS sobre los preservativos*. (2009)
- ^{lv} *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. WHO. (2014).
- ^{lvi} http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_o.pdf
- ^{lvii} Pettifor A *et al*. *Tailored combination prevention packages and PrEP for young key populations*. Journal of the International AIDS Society. 2015; 18(2 supl. 1): 19434.
- ^{lviii} <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/august/20140818cash-transfers>
- ^{lix} Nota de orientación de la OMS: prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludables para niñas y mujeres. OMS. (2013)
- ^{lx} *Ibíd.*
- ^{lxi} *IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV*. WHO. (2010) <https://www.k4health.org/toolkits/alhiv/imai-one-day-orientation-adolescents-living-hiv-participants-guide>
- ^{lxii} <http://www.who.int/hiv/pub/arv/policy-brief-arv-2015/en/>
- ^{lxiii} Hoja de datos n° 5 de la OMS sobre el tratamiento y los cuidados en caso de VIH: *What's new in service delivery*. (2015)
- ^{lxiv} Hoja de datos de la OMS n° 4 sobre el tratamiento del VIH y sus cuidados: *What's new in adolescent treatment and care*. (2015)
- ^{lxv} *Actualización de la OMS sobre VIH/tuberculosis 2015*. <http://www.who.int/tb/challenges/hiv/en/>
- ^{lxvi} *Política de la OMS sobre actividades de colaboración tuberculosis/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos*. OMS. (2012) http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/
- ^{lxvii} http://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/Digital_health_EndTBstrategy.pdf
- ^{lxviii} Comunicación personal con un experto técnico de la OMS.
- ^{lxix} <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/news/news/2015/03/assessing-the-challenges-related-to-adolescent-tb>
- ^{lxx} Brabin L y Brabin B. *HIV, malaria and beyond: reducing the disease burden of female adolescents*. Malaria Journal 2005, 4:2. <http://www.malariajournal.com/content/4/1/2>
- ^{lxxi} *Ibíd.*
- ^{lxxii} *Guidelines for the Treatment of Malaria*. WHO. (2015)
- ^{lxxiii} *Ibíd.*

