

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes



Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]

ISBN 978-92-4-351460-4

© Organización Mundial de la Salud 2019

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

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

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>.

Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

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

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

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

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

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
Edited and designed by Inís Communication – www.iniscommunication.com

Contents

Agradecimientos	v
Abreviaturas	vi
1 Introducción	1
1.1 ¿Cuál es el objetivo de este documento?	1
1.2 ¿A quién va dirigido este documento?	1
1.3 ¿Cuál es el contenido de este documento?	1
1.4 ¿Cómo está organizado este documento?	2
1.5 ¿Cuáles son los mensajes transversales clave contenidos en este documento?	2
2 Provisión de educación sexual integral	5
2.1 Definiciones	5
2.2 Justificación	5
2.3 Directrices pertinentes de la OMS	6
2.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta	8
2.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS	9
2.6 Aplicación en la práctica de las directrices	9
3 Orientación y suministro de métodos anticonceptivos	10
3.1 Definición	10
3.2 Justificación	10
3.3 Directrices pertinentes de la OMS	12
3.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta	16
3.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS	17
3.6 Aplicación en la práctica de las directrices	18
4 Atención prenatal, durante el parto y posnatal	19
4.1 Definiciones	19
4.2 Justificación	19
4.3 Directrices pertinentes de la OMS	20
4.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta	24
4.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS	25
4.6 Aplicación en la práctica de las directrices	26
5 Atención para un aborto sin riesgos	27
5.1 Definiciones	27
5.2 Justificación	27

5.3 Directrices pertinentes de la OMS.....	28
5.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta.....	30
5.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS.....	31
5.6 Aplicación en la práctica de las directrices.....	31
6 Prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual.....	33
6.1 Definiciones.....	33
6.2 Justificación.....	33
6.3 Directrices pertinentes de la OMS.....	34
6.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta.....	39
6.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS.....	40
6.6 Aplicación en la práctica de las directrices.....	41
7 Prevención y atención del VIH.....	42
7.1 Definiciones.....	42
7.2 Justificación.....	42
7.3 Directrices pertinentes de la OMS.....	44
7.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta.....	51
7.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS.....	53
7.6 Aplicación en la práctica de las directrices.....	54
8 Violencia contra las mujeres y las niñas: prevención, apoyo y atención.....	55
8.1 Definiciones.....	55
8.2 Justificación.....	55
8.3 Directrices pertinentes de la OMS.....	56
8.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta.....	59
8.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS.....	60
8.6 Aplicación en la práctica de las directrices.....	61
9 Prevención de las prácticas tradicionales nocivas.....	62
9.1 Definiciones.....	62
9.2 Justificación.....	62
9.3 Directrices pertinentes de la OMS.....	64
9.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta.....	65
9.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS.....	67
9.6 Aplicación en la práctica de las directrices.....	67
Referencias.....	68

Agradecimientos

Deseamos agradecer las contribuciones hechas por muchas personas para la elaboración del presente documento.

La obra Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes fue concebida por Lale Say conjuntamente con Venkatraman Chandra-Mouli y Matti Parry, que era en ese momento miembro del personal de la OMS.

Jill Gay, consultora independiente, se encargó de la redacción del documento, con las aportaciones de Venkatraman Chandra-Mouli y Matti Parry.

Posteriormente, Marina Plesons y Venkatraman Chandra-Mouli elaboraron una segunda redacción, totalmente revisada.

Para la segunda redacción se contó con las observaciones de colegas que se dedican a la orientación y el suministro de métodos anticonceptivos (Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rita Kabra); la atención prenatal, durante el parto y posnatal (Mercedes Bonet Semenas, Olufemi Oladapo, Özge Tunçalp); la atención para un aborto sin riesgos (Antonella Lavelanet, Bela Ganatra, Caron Kim, Ronald Johnson); la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (Nathalie Broutet, Teodora Wi); la prevención y atención del VIH (David Ross, Julia Samuelson, Shona Dalal, Wole Ameyan); la prevención, apoyo y atención de la violencia contra las mujeres y las niñas (Avni Amin, Claudia García Moreno); y las prácticas tradicionales nocivas (Christina Pallitto, Wisal Ahmed). Se contó asimismo con la información sobre derechos humanos y salud sexual y reproductiva aportada por Lucinda O'Hanlon y con las observaciones generales formuladas por Ian Askew. Los datos y las cifras de las secciones tituladas «Justificación» de cada capítulo los revisó Manahil Siddiqi.

Teniendo en cuenta los comentarios aportados por esos grupos, Marina Plesons elaboró una tercera versión del documento, que se revisó para incluir las observaciones finales formuladas por las personas citadas anteriormente.

De la redacción del documento final se ocuparon Marina Plesons y Venkatraman Chandra-Mouli.

Las ilustraciones son obra de Graham Ogilvie, de Ogilvie Design, con las aportaciones de Manahil Siddiqi, Marina Plesons, Rubee Dev y Venkatraman Chandra-Mouli.

El presente documento fue editado y diseñado por Inis Communication. Amelia Ngozi Odo, Marina Plesons, Rubee Dev y Venkatraman Chandra-Mouli realizaron la revisión final.

Venkatraman Chandra-Mouli, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, dirigió y supervisó la elaboración del documento de principio a fin.

Abreviaturas

DMPA/NET-EN	acetato de medroxiprogesterona de depósito/enantato de noretisterona
ESI	educación sexual integral
ITS	infección de transmisión sexual
MGF	mutilación genital femenina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
Red GREAT	red de elaboración de directrices, prioridades en materia de investigación, síntesis de las pruebas científicas, aplicación de las pruebas científicas, transferencia del conocimiento
SDSRA	salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes
Sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB	tuberculosis
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VP	violencia de pareja
VPH	virus del papiloma humano

1 Introducción

1.1 ¿Cuál es el objetivo de este documento?

En este documento se ofrece, en un formato de fácil consulta, el panorama general de las cuestiones relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que pueden afectar a los derechos humanos, la salud y el bienestar de los adolescentes (de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años) y las directrices pertinentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abordar dichas cuestiones. Este documento permite acceder al amplio conjunto de directrices de la OMS al respecto y constituye un útil recurso para la labor de promoción, formulación de políticas, investigación y diseño de programas y proyectos. Tiene por finalidad apoyar la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 (1) y está armonizado con las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA HA!) de la OMS y el marco operativo de la OMS sobre salud sexual y su relación con la salud reproductiva (2, 3).

Pueden consultarse las listas completas de las directrices de la OMS con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (SDSRA) en el sitio web de la OMS, en los temas de salud «Salud sexual y reproductiva» y «VIH/sida». Es importante consultar las versiones más recientes de las directrices para ver las nuevas recomendaciones dictadas.

1.2 ¿A quién va dirigido este documento?

Este documento está dirigido a los responsables de la formulación de políticas y de la adopción de decisiones de los ministerios de salud encargados de las políticas y programas sobre SDSRA, las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales que ejecutan proyectos de SDSRA y las organizaciones internacionales que prestan apoyo técnico o financiero a la labor relativa a la SDSRA. Este documento está concebido para que puedan consultarlo tanto las personas que tienen experiencia en SDSRA como las que no la tienen. No se trata de un manual técnico de consulta para los profesionales de atención directa, como los prestadores de atención de salud, los docentes o los profesionales encargados del desarrollo de las comunidades.

1.3 ¿Cuál es el contenido de este documento?

En consonancia con el marco operativo de la OMS sobre salud sexual y su relación con la salud reproductiva (3), en este documento se recopilan las recomendaciones de la OMS sobre las cuestiones siguientes:

- provisión de educación sexual integral (ESI);
- orientación y suministro de métodos anticonceptivos;

- atención prenatal, durante el parto y posnatal;
- atención para un aborto sin riesgos;
- prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS);
- prevención y atención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH);
- prevención, apoyo y atención de la violencia contra las mujeres y las niñas;
- prevención de las prácticas tradicionales nocivas;

1.4 ¿Cómo está organizado este documento?

Para cada cuestión tratada, en este documento se proporciona la siguiente información:

- definiciones;
- justificación para abordar la cuestión en el caso de los adolescentes;
- directrices pertinentes de la OMS;
- conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta;
- documentos clave que complementan las directrices de la OMS;
- aplicación en la práctica de las directrices.

1.5 ¿Cuáles son los mensajes transversales clave contenidos en este documento?

Aunque este documento contiene consideraciones específicas para abordar cada una de las cuestiones que en él se tratan, también incluye claros mensajes transversales de suma importancia.

Los adolescentes conforman un grupo heterogéneo cuyas necesidades varían en función de la fase de desarrollo personal en la que se encuentran y de las circunstancias de su vida. A medida que dejan la infancia y se adentran en la adolescencia y, posteriormente, en la edad adulta, todas las personas deberían recibir conocimientos y capacidades que les permitan aprovechar las oportunidades y superar los retos que la vida adulta les depare. De ese modo podrán desarrollar su autoestima y estrechar su relación con las personas y las instituciones de sus comunidades. Mientras tanto, los adolescentes necesitan, por una parte, protección contra cualquier daño que puedan sufrir y, por otra, apoyo para tomar decisiones con independencia y actuar en consecuencia. Precisan de servicios de salud y orientación que les ayuden a mantenerse en buen estado y que les devuelvan la salud cuando están enfermos o heridos. Las directrices de la OMS descritas en este documento abogan por un paquete de acciones que comprende la adquisición de conocimientos y capacidades, la creación de activos individuales y sociales, la facilitación de un entorno seguro y favorable y la prestación de servicios de salud y orientación. Estas directrices también hacen hincapié en la función que desempeñan las oportunidades de acceso a la educación y al empleo para que los adolescentes puedan ampliar sus horizontes y hacerse un lugar en el mundo. Tienen en cuenta que, en muchos lugares, los adolescentes tienen pocas oportunidades de desarrollar todo su potencial, y que la pobreza, la inseguridad, las normas sociales que limitan su autonomía y las legislaciones restrictivas incrementan aún más su vulnerabilidad ante los problemas sociales y de salud.

Los padres (y otros miembros de la familia) tienen un papel esencial en la ejecución de las intervenciones, como la preparación de los niños y las niñas para la pubertad y la elaboración de normas equitativas

en relación con el género. También pueden ayudar a los adolescentes a acceder a las intervenciones que se faciliten en su comunidad, como la vacuna del papiloma humano (VPH) y la circuncisión médica masculina voluntaria. Casi todos los padres desean que sus hijos crezcan y se desarrollen con buena salud, y hacen todo lo posible para que así sea. No obstante, en algunos lugares, no se sienten preparados ni capaces para abordar las delicadas cuestiones que surgen en torno a la pubertad, la sexualidad y la reproducción. Para que los padres puedan realizar esta labor de manera eficaz, es preciso que se sientan motivados, seguros de sí mismos y respaldados. Un punto de partida importante se refiere a sus propios conocimientos, ideas erróneas, esperanzas y miedos.

Los adolescentes necesitan servicios sociales, de salud y de educación diferentes. Es más, el derecho de los adolescentes menores de 18 años a esos servicios está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño. La realidad es que, en muchos lugares, ni los prestadores de esos servicios ni los sistemas con los que trabajan están orientados a satisfacer las necesidades de los adolescentes ni al respeto de sus derechos. Para subsanar esas deficiencias, ampliamente reconocidas, se están redoblando los esfuerzos por fomentar la preparación y la empatía de los docentes, los agentes de salud y los asistentes sociales, entre otros profesionales. Sin embargo, esos esfuerzos deben intensificarse. Formar y apoyar a los dispensadores de esos servicios y reorientar los sistemas de los que forman parte es crucial para ejecutar las numerosas intervenciones de promoción, prevención y curación, de eficacia contrastada, de las que se dispone. Esta labor no debe limitarse a unos planteamientos de arriba hacia abajo superficiales, sino que debe perseguir la participación de los adolescentes, los miembros de las comunidades, los dispensadores de servicios y los directores, a fin de identificar los factores que contribuyen a la baja calidad y el escaso alcance de los servicios y de definir y aplicar planteamientos basados en pruebas científicas que estén adaptados al contexto local. Es igualmente importante introducir sistemas de evaluación y rendición de cuentas, con una participación significativa de los adolescentes.

Las normas y las tradiciones de la comunidad ejercen una enorme influencia en la salud. Pueden fomentar una evolución en favor de la sociedad y, de hecho, en algunos lugares así ocurre. Sin embargo, en muchos otros lugares, las normas y las tradiciones son un obstáculo, en lugar de una ayuda, especialmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Entre ellas cabe citar las normas que son diferentes para cada sexo, las que respaldan las prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital femenina (MGF), las que toleran la violencia contra mujeres y niñas, las que rechazan el debate sobre sexualidad y reproducción y las que se oponen a la educación sexual integral y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, todas ellas muy extendidas. Para superar esas normas y tradiciones, se requerirá la aplicación concertada de planteamientos que estén basados en una sólida comprensión de los factores que las propician.

Las leyes y las políticas autorizan la ejecución de intervenciones sanitarias y sociales destinadas a los adolescentes, exigen a las autoridades competentes que realicen dichas intervenciones, sientan las bases para la elaboración de estrategias y presupuestos, y aclaran la postura de los líderes políticos y los gobiernos sobre cuestiones importantes. Algunos países tienen en vigor leyes y políticas que favorecen esta labor, como las que obligan a los gobiernos a impartir educación sexual integral (ESI). Sin embargo, son la excepción, no la regla. En muchos países se topa con grandes obstáculos: la ausencia de leyes propicias; la existencia de leyes contradictorias (por ejemplo, casos en los que una ley o política que obliga al ministerio de salud a ofrecer información y servicios de anticoncepción a todas las personas en edad reproductiva se ve menoscabada por otra ley que exige el consentimiento de los padres para la prestación de servicios de salud a los menores de edad); la existencia de excepciones a la aplicación de las leyes (por ejemplo, leyes relativas a la edad mínima de matrimonio cuyo cumplimiento puede eximirse por diversos motivos); y la existencia de leyes restrictivas (por ejemplo, las que restringen la prestación de atención para un aborto sin riesgos). Las reformas jurídicas

y políticas requieren tiempo y esfuerzo. No obstante, dados los beneficios que reportan, son de suma importancia.

Aunque en la estructura de este documento se establecen grupos de intervenciones concebidos como ayuda para la consecución de resultados sanitarios concretos, como prevenir y responder a las ITS y las prácticas tradicionales nocivas, tanto los factores determinantes de los problemas como las respuestas a ellos están estrechamente relacionados. Las leyes que exigen el consentimiento de los padres para que los menores de edad reciban servicios de salud obstaculizan el acceso a la información y los servicios de anticoncepción y a otras medidas como, por ejemplo, el asesoramiento y las pruebas de detección del VIH. El estigma social puede provocar que no se recurra a la asistencia sanitaria en los casos de ITS y de violencia de pareja (VP). El sesgo de los agentes de salud puede contribuir a que se denieguen los servicios de aborto seguro y no se proporcione información sobre anticoncepción a las adolescentes que no están casadas, incluso aunque las leyes no lo exijan. También deben tenerse en cuenta las respuestas programáticas. La aparición de normas equitativas en relación con el género gracias a la educación sexual integral puede ayudar a prevenir la violencia de género y fomentar la toma de decisiones conjunta sobre anticoncepción en el seno de la pareja. Por último, unos agentes de salud atentos y competentes pueden ofrecer una asistencia respetuosa a las adolescentes solteras que dan a luz y aliviar el sufrimiento de las jóvenes que padecen las consecuencias de la mutilación genital femenina.

Esta recopilación de directrices de la OMS relativas a SDSRA tiene por objeto destacar esas relaciones, obligarnos a reconocer las necesidades y los problemas en torno a la salud reproductiva de los adolescentes y darles una respuesta de manera holística.

2 Provisión de educación sexual integral

2.1 Definiciones

La *educación sexual integral (ESI)* es un proceso que cuenta con un plan de estudios para dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es dotar a los niños y los adolescentes de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitan disfrutar de salud, bienestar y dignidad, establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas, ser conscientes de la manera en que sus elecciones afectan a su propio bienestar y al de otras personas, y conocer sus derechos y velar por su protección durante toda su vida (3, 4).

2.2 Justificación

Los adolescentes necesitan recibir educación sexual integral (ESI). En el paso de la infancia a la edad adulta, los adolescentes experimentan numerosos cambios físicos, emocionales y sociales (4). Existen estudios que demuestran que, con frecuencia, no están preparados para esos cambios. Por ejemplo, un gran número de niñas de muchos países tienen lagunas de conocimientos e ideas erróneas sobre la menstruación que les provocan miedo y ansiedad, y ello les impide estar preparadas para su primera menstruación (5). De forma análoga, entre las adolescentes, especialmente en África y Asia, se observa un grave desconocimiento de dónde pueden conseguir diferentes métodos anticonceptivos modernos y cómo usarlos (6). Además, si bien el nivel de conocimientos sobre el VIH ha aumentado, solo 1 de cada 3 jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de 37 países encuestados entre 2011 y 2016 tenía un buen conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH (7). Los adolescentes necesitan adquirir conocimientos y desarrollar aptitudes que les permitan tomar decisiones bien fundamentadas sobre sus vidas, aprender a evitar los problemas y a abordarlos cuando se presentan, y saber dónde pueden solicitar ayuda en caso necesario (4). La ESI puede ayudar a los adolescentes a ampliar su nivel de conocimientos y comprensión, fomentar los valores positivos —entre ellos el respeto por la igualdad de género, la diversidad y los derechos humanos— y desarrollar actitudes y capacidades que propicien las relaciones seguras, sanas y positivas (4).

La ESI ha demostrado su eficacia. Hay pruebas sólidas de los efectos positivos que ejerce la ESI en el aumento de los conocimientos adquiridos por los adolescentes y la mejora de su actitud en relación con la salud sexual y reproductiva (4). Las investigaciones también han puesto de manifiesto que los programas de ESI que cuentan con un plan de estudios pueden ayudar a retrasar la edad en que se empieza a tener relaciones sexuales, disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales, rebajar el número de parejas sexuales, reducir la asunción de riesgos e incrementar el uso de preservativos y anticonceptivos (4). No se dispone de datos que permitan concluir que la ESI aumente la actividad sexual, los comportamientos sexuales de riesgo ni las tasas de VIH u otras ITS (4, 8, 9). La ESI en las escuelas también ha demostrado ser una intervención costoeficaz para apoyar la prevención del VIH (10-12).

No obstante, debe prestarse atención al acceso a los programas de ESI de calidad y a su oferta.

La mayoría de los países tienen políticas o estrategias que respaldan la ESI, pero pocos de ellos han adoptado y mantenido programas de ESI a gran escala (4, 13). Muchos de los países que han aplicado programas de ESI a gran escala han experimentado dificultades a la hora de garantizar la calidad y fidelidad (4, 13). Además, la posibilidad de acceder a la ESI suele depender de la escolarización; sin embargo, los adolescentes marginados, que suelen ser los que presentan un mayor riesgo de tener resultados adversos en materia de salud sexual y reproductiva, acostumbra a ser también los que presentan una mayor probabilidad de no asistir a la escuela (14).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a los adolescentes información completa y educación integral. La ESI forma parte de las obligaciones fundamentales de los Estados de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva; se considera una de las acciones básicas mínimas que deben realizar los Estados para dar significado a ese derecho (15). Según las normas sobre derechos humanos, esa educación abarcará la conciencia de uno mismo, el conocimiento del propio cuerpo (incluidos los aspectos anatómicos, fisiológicos y emocionales) y la salud y el bienestar sexuales (con información sobre los cambios que se producen en el cuerpo y los procesos de maduración) (16). Todos los niños y adolescentes, incluso los que no asisten a la escuela, tendrán acceso a dicha información y educación, que deberán ser gratuitas, confidenciales, adaptadas a los adolescentes y no discriminatorias; los obstáculos a la información, como los requisitos de autorización de terceros, deberán eliminarse (15-17). En cuanto al formato, las normas sobre derechos humanos prevén que esa información se ofrecerá en línea y en persona, será adecuada a la edad, se basará en datos científicos y su contenido será completo e inclusivo (17). Las normas sobre derechos humanos también requieren que los planes de estudios relativos a la ESI se elaboren conjuntamente con los adolescentes y que se incluyan en los planes de estudio escolares obligatorios (17).

2.3 Directrices pertinentes de la OMS

2.3.1 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta a la ESI, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Comunidades:

- Promover la prevención del embarazo en adolescentes entre todas las partes interesadas por medio de intervenciones como la facilitación de información, la educación en sexualidad y salud, el desarrollo de habilidades para la vida, la prestación de servicios de orientación y anticoncepción y la creación de entornos favorables.

Individuos:

- Ejecutar intervenciones a gran escala que ofrezcan información fidedigna y actividades educativas sobre los anticonceptivos, en particular programas de educación sexual basados en un plan de estudios, a fin de incrementar el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes.
- Ofrecer intervenciones que combinen la educación sexual basada en un plan de estudios y el fomento del uso de anticonceptivos entre las adolescentes, con el objeto de reducir las tasas de embarazo.

2.3.2 Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (19), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre las medidas más prioritarias para garantizar que a la hora de proporcionar información y servicios de anticoncepción se tenga en cuenta de forma clara y sistemática la dimensión de los derechos humanos. En líneas generales, recomienda velar por la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la no discriminación al proporcionar información y servicios de anticoncepción, la adopción de decisiones informadas, la intimidad y confidencialidad, la participación y la rendición de cuentas. En lo que respecta a la ESI, esta directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Individuos:

- Impartir programas de ESI científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas, en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de anticonceptivos.

2.3.3 Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para grupos de población clave. Actualización de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (20), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para cinco grupos de población clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas inyectables, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, trabajadores sexuales y personas transgénero. En líneas generales, presenta un conjunto integral de intervenciones y describe las intervenciones del sector de la salud, los elementos facilitadores fundamentales, la prestación de los servicios y el proceso de toma de decisiones, planificación y vigilancia. En lo que respecta a la ESI, esta directriz contiene la recomendación sobre buenas prácticas que aboga por que los programas de educación sobre sexualidad destinados a los adolescentes, tanto dentro como fuera de las escuelas, contengan datos científicos exactos e integrales e incluyan información sobre los métodos anticonceptivos, en la que se explique cómo usarlos y dónde conseguirlos. También promueve la ESI como método para abordar las normas sociales y el estigma en relación con la sexualidad, la identidad de género y la orientación sexual.

2.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

En todo el mundo se aprecia una incomodidad profundamente arraigada con respecto a la sexualidad de los adolescentes que contribuye a la existencia de barreras sociales y jurídicas para impartir ESI. Para superar esas barreras, es preciso que la ESI figure en las agendas nacionales; también es necesario que se pongan en marcha estrategias que tengan por finalidad lograr el apoyo de las comunidades a la ESI e identificar y abordar los factores a nivel regional, nacional, de comunidad e individual que pueden provocar resistencia o rechazo o ralentizar el avance de la aplicación de medidas (4, 18).

La idea errónea de que impartir ESI hace que los adolescentes tengan relaciones sexuales a edades más tempranas o que sigan conductas sexuales de riesgo está ampliamente generalizada. Por ese motivo, el contenido de los planes de estudio de ESI queda debilitado o resulta más limitado de lo que se recomienda en las orientaciones internacionales. Los estudios han demostrado que la ESI no incrementa la actividad sexual, las conductas sexuales de riesgo ni las tasas de VIH u otras ITS (4, 8, 9). Es necesario dar a conocer esos datos para defender que los adolescentes deben recibir información y educación completa, precisa y adecuada a su edad (4, 18, 20).

Con frecuencia, los docentes carecen de formación y apoyo de calidad con respecto al contenido de la ESI, no cuentan con estrategias para facilitar la participación y no siguen un planteamiento positivo libre de prejuicios. Es necesario realizar esfuerzos concertados para garantizar que los docentes y las escuelas puedan impartir ESI de forma eficaz e implicar a los padres y las familias en ese proceso (4, 18).



2.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Edición revisada: Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2018 (4).
- Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Colonia, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA), 2010 (21).
- Standards for sexuality education in Europe: guidance for implementation. Colonia, Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA), 2013 (22).
- Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014 (23).
- La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015 (24).

2.6 Aplicación en la práctica de las directrices

En 2008, 30 ministros de salud y 26 ministros de educación (o sus representantes personales) de América Latina y el Caribe suscribieron un compromiso regional sobre educación sexual en la Declaración Ministerial «Prevenir con educación» (25). Esa Declaración, en la que se prometía aplicar y fortalecer las «estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS», ha animado a los países a volver a examinar sus políticas y programas de educación sexual (13).

De igual modo, los ministros de salud y educación y los representantes de 20 países de África oriental y meridional concertaron en 2013 un compromiso regional para facilitar el acceso de los adolescentes a la ESI y los servicios de salud sexual y reproductiva (26). Bajo la dirección del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS, asociados bilaterales, entidades de la sociedad civil y organizaciones de adolescentes, los países acordaron una agenda común para ofrecer a los adolescentes ESI y servicios de salud sexual y reproductiva orientados a los jóvenes con el fin de reforzar las respuestas nacionales a la epidemia de VIH, reducir el número de embarazos precoces y no deseados y prestar mayor atención y apoyo a los adolescentes, especialmente a los que están infectados por el VIH.

3

Orientación y suministro de métodos anticonceptivos

3.1 Definición

La *anticoncepción* es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales (3). Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Existen numerosas opciones anticonceptivas concebidas para su empleo en función del plazo de tiempo y el contexto en que se usan (a largo plazo, permanentes, a corto plazo, de emergencia) y de su modo de funcionamiento (hormonales, no hormonales, de barrera, basados en el conocimiento de la fertilidad) (27).

3.2 Justificación

Los embarazos precoces, deseados o no, entre las adolescentes constituyen un grave problema. Se calcula que, en 2016, se quedaron embarazadas 21 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años que vivían en zonas en desarrollo, de las que aproximadamente 12 millones dieron a luz (28). Según las estimaciones, 2,5 millones de niñas menores de 16 años de países con pocos recursos dan a luz cada año (29). Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así: aproximadamente la mitad de los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años que viven en zonas en desarrollo son no deseados (28). Los factores causantes de los embarazos en la adolescencia dependen del contexto; entre ellos cabe citar el matrimonio infantil, la pobreza, la falta de oportunidades y los valores sociales o culturales con respecto a la mujer y la maternidad (30).

Los embarazos precoces entre las adolescentes tienen importantes consecuencias sanitarias y sociales. En lo que respecta a las consecuencias para la salud, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo; en los países de ingresos bajos y medianos se producen el 99% de las muertes maternas del mundo entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (31, 32). Las madres adolescentes de 10 a 19 años corren más riesgo de sufrir eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años (33). Además, cada año se producen en torno a 3,9 millones de abortos peligrosos entre las jóvenes de 15 a 19 años, que aumentan la mortalidad y la morbilidad maternas y causan problemas de salud prolongados (28). La procreación prematura supone un mayor riesgo tanto para los recién nacidos como para las jóvenes madres. Los bebés de madres menores de 20 años tienen más probabilidades de registrar peso bajo al nacer, ser prematuros y sufrir afecciones neonatales graves (33). En algunos lugares, las madres jóvenes pueden quedarse embarazadas de nuevo muy rápidamente, lo que entraña aún más riesgos tanto para ellas como para sus hijos (34, 35).

En cuanto a las consecuencias sociales, las adolescentes que se quedan embarazadas sin estar casadas pueden verse estigmatizadas o rechazadas o recibir amenazas de violencia de sus parejas, sus padres y sus amigos (30). Las jóvenes que se quedan embarazadas antes de los 18 años tienen más

probabilidades de ser víctimas de violencia infligida por sus maridos o sus parejas (36). El embarazo en la adolescencia también puede poner en peligro la educación de las jóvenes y sus posibilidades de conseguir un empleo en el futuro (30, 37).

La promoción del uso de métodos anticonceptivos ha demostrado ser eficaz para reducir los embarazos precoces entre las adolescentes. Los métodos anticonceptivos, puesto que evitan los embarazos precoces y no deseados, permiten disminuir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatal y reducir los casos en que se recurre a un aborto practicado en condiciones de riesgo (28). Además, los preservativos masculinos y femeninos ofrecen doble protección frente al embarazo no deseado y las ITS, entre ellas la infección del VIH (38). Si se cubriera la necesidad de anticonceptivos de las adolescentes, se podrían evitar los costos sanitarios, sociales y económicos asociados a 2,1 millones de alumbramientos no planificados, 3,2 millones de abortos y 5600 muertes maternas (28).

No obstante, debe prestarse atención a las leyes y las políticas y a la prestación de servicios de buena calidad. Veintitrés millones de adolescentes de 15 a 19 años no ven satisfecha su necesidad de disponer de métodos modernos de anticoncepción y corren el riesgo de sufrir un embarazo no deseado (28). Algunas jóvenes no conocen las ventajas que ofrecen los métodos anticonceptivos (39). Las que sí los conocen y desean utilizarlos se topan con muchos obstáculos: leyes y políticas que restringen el suministro de anticonceptivos por la edad o por el estado civil, el sesgo de los prestadores de atención de salud o su escasa disposición a reconocer las necesidades de las adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva, y la propia incapacidad de estas por su falta de conocimiento, de transporte o de medios económicos (39). Incluso cuando las adolescentes logran disponer de anticonceptivos, se enfrentan a otros obstáculos que impiden su utilización correcta o regular, como la presión para tener hijos, el estigma que rodea a la actividad sexual y al uso de anticonceptivos, el miedo a los efectos secundarios, el desconocimiento sobre el uso correcto de los anticonceptivos y ciertos factores que contribuyen a que dejen de usarlos (por ejemplo, dudas para acudir de nuevo a buscarlos a causa de una primera experiencia negativa con los prestadores de atención sanitaria o los sistemas de salud y cambios en las necesidades reproductivas o en la voluntad de ser madre) (39). Como consecuencia de ello, las necesidades desatendidas de las adolescentes en materia de anticoncepción son mayores que las de cualquier otro grupo de edad (28).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a las adolescentes información y servicios de anticoncepción. Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas legales y políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces, en particular a las adolescentes (15). Las adolescentes deberán tener fácil acceso a los métodos anticonceptivos a corto plazo, a largo plazo y permanentes; no se les pondrán trabas a causa de su estado civil o de la objeción de conciencia de los prestadores de atención de salud (16). La información y los servicios de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, deberán ser gratuitos, confidenciales, adaptados a las adolescentes y no discriminatorios; los obstáculos a esos servicios, como los requisitos de autorización de terceros, deberán eliminarse (15, 17).

3.3 Directrices pertinentes de la OMS

3.3.1 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta a la anticoncepción, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Políticas:

- Promover la prevención del embarazo en adolescentes entre todas las partes interesadas por medio de intervenciones como la facilitación de información, la educación en sexualidad y salud, el desarrollo de habilidades para la vida, la prestación de servicios de orientación y anticoncepción y la creación de entornos favorables.
- Colaborar con los dirigentes políticos y los planificadores a fin de formular leyes y políticas encaminadas a mejorar el acceso de las adolescentes a la información y los servicios de anticoncepción, incluidos los métodos anticonceptivos de emergencia.

Comunidades:

- Efectuar intervenciones destinadas a influir en los miembros de las comunidades para que apoyen el acceso de las adolescentes a los métodos anticonceptivos.

Centros de salud:

- Llevar a cabo intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a las adolescentes, de manera que les resulte más fácil acceder a la información y los servicios relacionados con los anticonceptivos.
- Llevar a cabo intervenciones para reducir el costo de los anticonceptivos para las adolescentes (recomendación condicional).
- Velar por que, tras un aborto, las adolescentes puedan recibir información y servicios de anticoncepción, independientemente de que el aborto sea legal o no.
- Ofrecer y promover entre las adolescentes los métodos anticonceptivos después del parto y después del aborto por medio de visitas domiciliarias o clínicas con el objetivo de reducir las probabilidades de un segundo embarazo.

Individuos:

- Ejecutar intervenciones a gran escala que ofrezcan información fidedigna y actividades educativas sobre los anticonceptivos, en particular programas de educación sexual basados en un plan de estudios, a fin de incrementar el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes.

- Ofrecer intervenciones que combinen la educación sexual basada en un plan de estudios y el fomento del uso de anticonceptivos entre las adolescentes, con el objeto de reducir las tasas de embarazo.

3.3.2 Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (19), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre las medidas más prioritarias para garantizar que a la hora de proporcionar información y servicios de anticoncepción se tenga en cuenta de forma clara y sistemática la dimensión de los derechos humanos. En líneas generales, está enfocada a garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la no discriminación cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción, y a fomentar la adopción de decisiones informadas, la intimidad y confidencialidad, la participación y la rendición de cuentas. En lo que respecta a la anticoncepción, esta directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud:

- Mejorar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción de los usuarios y los usuarios potenciales con dificultades para utilizar esos servicios (como residentes de zonas rurales, zonas urbanas marginalizadas o adolescentes). La información sobre servicios de aborto seguro y los propios servicios deberán proporcionarse de acuerdo con las directrices de la OMS en vigor.
- Eliminar los obstáculos económicos que impiden el uso de anticonceptivos a las poblaciones marginales, en particular adolescentes y personas pobres, y tomar medidas para que los anticonceptivos sean asequibles para todos.
- Prestar a los adolescentes servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos información y servicios de anticoncepción, sin exigir que presenten autorizaciones ni notificaciones de los progenitores o tutores, con el propósito de atender a sus necesidades educativas y de servicios.

Individuos:

- Impartir programas de ESI científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas, en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de anticonceptivos.

3.3.3 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (40), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. En líneas generales, asigna una categoría numérica del 1 al 4,¹ para indicar la elegibilidad de una mujer o un hombre para usar un método anticonceptivo. A ciertas recomendaciones también se les asigna la categoría C (precaución),² D (demora) o S (especial). La elegibilidad puede variar en función de si el uso de un método anticonceptivo afecta a la condición médica de la persona o si, por el contrario, la condición médica de la persona afecta a la eficacia o la seguridad del método anticonceptivo. En general, los adolescentes pueden utilizar cualquier método

1 Categoría 1: situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo. Categoría 2: situación en la que las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. Categoría 3: situación en la que los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método. Categoría 4: situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

2 Cuidado: el método se suministra normalmente en condiciones de rutina, pero con una preparación y unas precauciones adicionales. En el caso de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, normalmente significa que puede ser preciso ofrecer orientación especial para garantizar que una mujer en esta circunstancia haga un uso correcto del método.

anticonceptivo, hormonal o no hormonal (incluida la anticoncepción de emergencia), independientemente de su edad. Esta directriz hace las mismas recomendaciones sobre perfiles de seguridad para los adolescentes que para los adultos, salvo en tres casos:

- La esterilización masculina y femenina (categoría C): debe ofrecerse orientación a los jóvenes de ambos sexos, igual que a todos los hombres y las mujeres, con respecto al carácter permanente de la esterilización y la existencia de métodos alternativos a largo plazo muy eficaces.
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito/enantato de noretisterona (DMPA/NET-EN) (categoría 2): las mujeres jóvenes (desde la menarquia hasta los 18 años), en general, pueden usar³ DMPA/NET-EN, pese a sus posibles efectos en la densidad mineral ósea de las adolescentes. Las mujeres jóvenes (desde la menarquia hasta los 18 años) con un índice de masa corporal igual o inferior a 30 kg/m², en general, pueden usar DMPA/NET-EN.
- Anticonceptivos hormonales combinados (categoría 1): desde la menarquia hasta los 40 años, las mujeres pueden utilizar anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal anticonceptivo combinado, anticonceptivos inyectables combinados) sin restricciones, pese a sus posibles efectos en la densidad mineral ósea de las adolescentes, especialmente los que presentan formulaciones con dosis muy bajas.

3.3.4 Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (41), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, complementa los criterios establecidos en el documento *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (40)* de la OMS y proporciona orientación sobre el uso seguro y eficaz de los métodos anticonceptivos una vez que se consideran apropiados desde el punto de vista médico. En líneas generales, describe las consideraciones sobre seguridad, que incluyen las barreras frecuentes que impiden el uso seguro, correcto y consistente de los métodos anticonceptivos y las ventajas de evitar embarazos no planeados.

3.3.5 Respuesta a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Directrices clínicas de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (42), que es específica para los adolescentes y los niños (de 0 a 18 años de edad), hace recomendaciones sobre la prestación a los supervivientes de abusos sexuales de atención de buena calidad en función del trauma padecido. En líneas generales, abarca las recomendaciones sobre atención tras una violación y las buenas prácticas para elaborar historiales médicos, realizar exámenes, ofrecer apoyo psicológico y documentar las conclusiones. Cabe destacar que esta directriz también hace hincapié en las consideraciones éticas en los casos en que los prestadores de atención de salud están obligados a informar a las autoridades competentes de abusos sexuales a niños y adolescentes. La directriz resalta asimismo la importancia de promover la seguridad, ofrecer alternativas y respetar los deseos y la autonomía de los niños y adolescentes, por ejemplo en lo que concierne a la implicación de los cuidadores. Con respecto a la anticoncepción, la directriz también hace la siguiente recomendación específica para las adolescentes:

³ La OMS emplea la expresión «en general, pueden usar» con respecto a las condiciones de la categoría 2. Aunque, por definición, las ventajas que presenta el uso del método superan por regla general los riesgos teóricos o demostrados relacionados con esas condiciones, en algunos casos puede ser conveniente realizar un seguimiento adicional en las mujeres jóvenes.

Centros de salud:

- Ofrecer un método de anticoncepción de emergencia a las niñas que hayan sido violadas con penetración vaginal con un pene en un plazo máximo de 120 horas (cinco días) desde que se produjo la violación.

3.3.6 Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (43), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos específicas para las mujeres afectadas por el VIH. En líneas generales, la directriz describe las estrategias destinadas a crear un entorno propicio y realizar intervenciones que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. También examina las dificultades en materia de aplicación a las que deben hacerse frente en las intervenciones relativas a la salud y la prestación de servicios para lograr la igualdad de género y respetar los derechos humanos.

3.3.7 Informe de orientación. Elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales de las mujeres con alto riesgo de infección por VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Este informe de orientación (44), que es pertinente, pero no específico, para las adolescentes, hace recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales por mujeres en riesgo de contraer el VIH. En líneas generales, las recomendaciones con respecto al uso de inyectables que solo contienen progestágeno entre esas mujeres han pasado de la categoría 1 a la categoría 2⁴ y se ha añadido una aclaración⁴ en la publicación *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (40) de la OMS.

3.3.8 Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (45), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre intervenciones de promoción de la salud orientadas a la salud materna y neonatal. En líneas generales, describe las recomendaciones para aumentar la salud materna y neonatal, mejorar la atención brindada en el hogar por las mujeres y las familias, aumentar el respaldo de la comunidad a la salud materna y neonatal, y aumentar la utilización de la atención especializada.

3.3.9 Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013

Esta directriz (46), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, ofrece orientación basada en pruebas científicas para responder a la violencia de pareja (VP) y la violencia sexual contra

4 Sigue habiendo evidencias de la posibilidad de que haya un riesgo mayor de contraer el VIH entre las mujeres que utilizan inyectables que solo contienen progestágenos. Hay incertidumbre sobre si ello se debe a cuestiones metodológicas en relación con las pruebas científicas o si se trata de un efecto biológico real. En muchos lugares, los embarazos no deseados o la morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo son habituales, y los inyectables de progestágeno constituyen uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles. No debe denegarse a las mujeres el uso de esos inyectables únicamente en razón de las inquietudes suscitadas por la posibilidad de que presenten un mayor riesgo. Las mujeres que se planteen el uso de los inyectables de progestágeno deben ser informadas de esas inquietudes, de la incertidumbre sobre si se trata de una relación causal y de la manera en que pueden reducir el riesgo de infectarse con el VIH.

la mujer, junto con estrategias para mejorar la coordinación y la financiación de los servicios conexos. También abarca las estrategias encaminadas a incrementar la atención que se brinda a la respuesta a la violencia sexual y la VP en los programas de formación dirigidos a los prestadores de atención de salud. En líneas generales, abarca la atención clínica en los casos de VP y agresión sexual y los enfoques normativos y programáticos para la prestación de servicios. En lo que respecta a la anticoncepción, la directriz hace recomendaciones para el suministro de métodos de anticoncepción de emergencia a las supervivientes de agresiones sexuales.

3.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

En muchos lugares, las leyes y las políticas impiden el suministro de anticonceptivos por motivos de edad o estado civil (39). La edad por sí sola no es una razón médica para denegar un método anticonceptivo a los adolescentes (40). Las leyes y las políticas que apoyen el acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos, independientemente de su edad o estado civil, sin exigir autorizaciones ni notificaciones de los padres o los cónyuges, son vitales para la prestación de servicios adaptados a los adolescentes (18, 19).

Muchos adolescentes tienen ideas erróneas sobre la anticoncepción (por ejemplo, «los métodos anticonceptivos provocan infertilidad») o no saben dónde ni cómo obtener información o servicios en relación con la anticoncepción (39). La ESI es un método eficaz para llegar a los adolescentes e informarles sobre los métodos anticonceptivos y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva (18). Debe facilitarse la misma información a los adolescentes tanto dentro de las escuelas como fuera de ellas, teniendo en cuenta los obstáculos que existen para aplicar los enfoques basados en un plan de estudios fuera de las escuelas (4). La ESI debe complementarse con otras intervenciones, entre ellas involucrar a padres, docentes y otros tutores (18).

Con frecuencia, los servicios de anticoncepción y los prestadores de atención de salud no se orientan a los adolescentes (39). Las normas de la OMS para la prestación de servicios de atención de salud de calidad a los adolescentes contienen consideraciones relativas a los conocimientos básicos sobre salud que poseen los adolescentes, el apoyo comunitario, los conjuntos de servicios apropiados, las competencias de los proveedores de atención de salud, las características de los establecimientos, la equidad y la no discriminación, el mejoramiento de la calidad de los datos y del servicio, y la participación de los adolescentes (47). Incluso cuando no hay restricciones legales o normativas para ofrecer a los adolescentes información y servicios de anticoncepción, sigue siendo necesario superar el sesgo de los prestadores de atención de salud y las ideas erróneas en relación con el uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes (18).

Las necesidades en materia de anticoncepción de las adolescentes son variadas y cambiantes (39). Algunas adolescentes pueden optar por no ser sexualmente activas, otras por sí serlo, y otras pueden encontrarse en situaciones en las que se espera que sean sexualmente activas, independientemente de sus deseos o sus elecciones. Por consiguiente, deben utilizarse estrategias complementarias para responder a las diferentes necesidades de las diversas poblaciones adolescentes (18). Además, los programas deben abordar las necesidades de las poblaciones especiales de adolescentes, como las que padecen discapacidades o enfermedades crónicas, las migrantes y las refugiadas (19).



3.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (48).
- Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (38).
- Compendium of WHO recommendations for postpartum family planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (49).
- Training resource package for family planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.fptraining.org/>) (50).
- Task shifting to improve access to contraceptive methods. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (51).
- Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: evidence brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (52).
- Task sharing to improve access to family planning/contraception: summary brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (53).

- Adolescents and family planning: what the evidence shows. Washington D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2014 (54).
- High-impact Practices (HIPs) in family planning: Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes – Incorporando elementos amigables para adolescentes en los servicios de anticonceptivos existentes. Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2015 (55).
- Youth contraceptive use: effective interventions – a reference guide. Washington D.C., Population Reference Bureau, 2017 (56).
- Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception. Washington D.C., Planificación Familiar 2020 (FP2020), 2017 (57).

3.6 Aplicación en la práctica de las directrices

En 2017, como parte del proyecto general de planificación familiar, se divulgaron las directrices y recomendaciones más recientes de la OMS en relación con la anticoncepción, que se distribuyeron a los responsables políticos, los creadores de programas, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y el personal de la OMS y de otras organizaciones de las Naciones Unidas de tres regiones de la OMS (África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental) (58). Como siguiente paso, esos colectivos interesados ofrecieron orientación sobre las recomendaciones al personal en los países y procedieron a actualizar las directrices nacionales y el material de formación. Desde entonces, 47 países han actualizado sus directrices nacionales sobre políticas de planificación familiar y salud reproductiva (de los cuales 20 han acabado y 27 tienen la actualización en marcha), tomando como base el documento *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (40). Los 47 países convinieron en utilizar una única directriz de ayuda: la *Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (48) de la OMS. Se hizo un especial esfuerzo por abordar las necesidades de los adolescentes en materia de anticoncepción, incluida la actualización de las recomendaciones en las políticas, las directrices y el material de formación de los países.

4 Atención prenatal, durante el parto y posnatal

4.1 Definiciones

La *atención prenatal* es la asistencia prestada por profesionales de salud especializados a las embarazadas y las adolescentes, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y el bebé durante el embarazo (59).

La *atención durante el parto* es la asistencia prestada por profesionales de salud especializados a las mujeres y las adolescentes durante el alumbramiento, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y el bebé (60).

La *atención posnatal* es la asistencia prestada por profesionales de salud especializados a las mujeres, las adolescentes y sus bebés en las seis semanas posteriores al parto, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y el bebé (60).

4.2 Justificación

En muchos lugares los embarazos en la adolescencia son habituales. Se calcula que, en 2016, se quedaron embarazadas 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años que vivían en zonas en desarrollo, de las que aproximadamente 12 millones dieron a luz (28). Según las estimaciones, 2,5 millones de niñas menores de 16 años de países con pocos recursos dan a luz cada año (29). Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así: aproximadamente la mitad de los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años de edad que viven en zonas en desarrollo son no deseados (28). Los factores causantes de los embarazos en la adolescencia dependen del contexto; entre ellos cabe citar el matrimonio infantil, la pobreza, la falta de oportunidades y los valores sociales o culturales con respecto a la mujer y la maternidad (30).

Los resultados adversos en la salud materna entre las adolescentes tienen importantes consecuencias sanitarias y sociales. En lo que respecta a las consecuencias para la salud, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo; en los países de ingresos bajos y medianos se registraron el 99% de las muertes maternas ocurridas en 2015 entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (31, 32). A escala mundial, la mortalidad materna es superior entre las niñas de 10 a 14 años que entre las mujeres y jóvenes de 15 a 29 años (61). Las madres adolescentes (de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años) corren más riesgo de sufrir eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años (33). Además, cada año se producen en torno a 3,9 millones de abortos peligrosos entre las jóvenes de 15 a 19 años de los países en desarrollo, que aumentan la mortalidad y la morbilidad maternas y causan problemas de salud prolongados (28). La procreación prematura supone un mayor riesgo tanto para los recién nacidos como para las jóvenes madres. Los bebés de

madres menores de 20 años tienen más probabilidades de registrar peso bajo al nacer, ser prematuros y sufrir afecciones neonatales graves (33). En algunos lugares, las madres jóvenes pueden quedarse embarazadas de nuevo muy rápidamente, lo que entraña aún más riesgos tanto para ellas como para sus hijos (34, 35).

En cuanto a las consecuencias sociales, las adolescentes que se quedan embarazadas sin estar casadas pueden verse estigmatizadas o rechazadas o recibir amenazas de violencia de sus parejas, sus padres y sus amigos (30). Del mismo modo, las jóvenes que se quedan embarazadas antes de los 18 años tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia infligida por sus maridos o sus parejas que las que tienen hijos más tarde (36). El embarazo en la adolescencia también puede poner en peligro la educación de las jóvenes y sus posibilidades de conseguir un empleo en el futuro (30, 37).

La atención prenatal, durante el parto y posnatal es eficaz. Los beneficios que estas intervenciones reportan a la salud de las madres adolescentes y sus hijos son evidentes y están demostrados, y no se ha comprobado que causen daños o impongan cargas (60). La mayor parte de las muertes maternas son evitables con intervenciones médicas perfectamente conocidas (1).

No obstante, debe prestarse atención al acceso a servicios de calidad y a su oferta. Los adolescentes pueden encontrarse con obstáculos para recibir atención especializada antes, durante y después del embarazo (62). Ciertos subgrupos de adolescentes, como las que son muy jóvenes, solteras o refugiadas y las que viven en situaciones de crisis humanitarias, pueden tener que afrontar dificultades especiales para acceder a la asistencia sanitaria (63).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a las adolescentes atención prenatal, durante el parto y posnatal. Velar por la salud materna y reproductiva es equiparable a una obligación fundamental relativa al derecho a la salud; se considera una de las acciones básicas mínimas que deben realizar los Estados para dar significado a ese derecho (64). La defensa de los derechos de las adolescentes en este ámbito está estrechamente relacionada con las obligaciones de los Estados de garantizar el acceso universal a un conjunto integral de intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva antes, durante y después del embarazo (16). La atención materna, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, deberá ser gratuita, confidencial y no discriminatoria y estar adaptada a las adolescentes; los obstáculos a esos servicios, como los requisitos de autorización de terceros, deberán eliminarse (15, 17).

4.3 Directrices pertinentes de la OMS⁵

4.3.1 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes

5 La OMS unificó en 2017 sus recomendaciones sobre salud materna hechas hasta ese año (inclusive) en el documento *WHO Recommendations on Maternal Health* (65). En líneas generales, el documento abarca las intervenciones de salud que deben llevarse a cabo durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal y los hábitos de salud que las mujeres deben poner o no en práctica durante esos periodos para cuidar de sí mismas y de sus hijos. En 2013 la OMS unificó sus recomendaciones sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido hechas hasta ese año (inclusive) en el documento *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn* (66). En líneas generales, esta directriz aborda el calendario, el número y el lugar de las consultas de atención posnatal, y el contenido de la atención posnatal para todas las madres y los recién nacidos durante las seis semanas posteriores al parto.

para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta a la atención prenatal, durante el parto y posnatal, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Centros de salud:

- Promover la preparación para el parto y las situaciones de emergencia en las estrategias de cuidado prenatal de las adolescentes embarazadas en el ámbito de los hogares, las comunidades y los centros de salud.
- Ampliar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios básicos y los servicios integrales de urgencias obstétricas para todas las poblaciones, incluidas las adolescentes.

Individuos:

- Facilitar información a todas las adolescentes embarazadas y otras partes interesadas sobre la importancia de recibir atención prenatal especializada.
- Facilitar información a todas las adolescentes embarazadas y otras partes interesadas sobre la importancia de recibir atención especializada durante el parto.

4.3.2 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (59), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones amplias sobre asistencia prenatal sistemática para las mujeres y las adolescentes embarazadas. En líneas generales, describe las prácticas de atención prenatal científicamente contrastadas que mejoran los resultados y propician una experiencia positiva del embarazo. Complementa las directrices de la OMS existentes sobre el tratamiento de las complicaciones específicas relacionadas con el embarazo.

4.3.3 Uso de múltiples micronutrientes en polvo para el enriquecimiento en el lugar de consumo de los alimentos destinados a las mujeres embarazadas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (67), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, ofrece orientación sobre los efectos y la inocuidad de varios micronutrientes en polvo para el enriquecimiento en el lugar de consumo de los alimentos destinados a las mujeres embarazadas. En líneas generales, indica que no se recomienda el uso regular de varios micronutrientes en polvo durante el embarazo como alternativa a los suplementos de hierro y ácido fólico habituales para mejorar la salud materna y neonatal.

4.3.4 Concentraciones óptimas de folato sérico y folato eritrocitario en las mujeres en edad reproductiva para prevenir los defectos del tubo neural. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (68), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, ofrece orientación sobre las concentraciones óptimas de folato sérico y folato eritrocitario en las mujeres en edad reproductiva para prevenir los defectos del tubo neural. En líneas generales, comprende los determinantes genéticos, biológicos y sociodemográficos de los niveles de folato, las concentraciones de folato en sangre y el riesgo de defectos del tubo neural, y la respuesta de las concentraciones de folato en suero/plasma y eritrocitos a las intervenciones de nutrición.

4.3.5 Directrices para la detección y el tratamiento del consumo de sustancias y los trastornos derivados en el embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (69), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones para la detección y el tratamiento del consumo de sustancias y los trastornos derivados en las mujeres embarazadas. En líneas generales, se refiere a la detección, las intervenciones breves, las intervenciones psicosociales, la desintoxicación, el tratamiento de la dependencia, la alimentación del lactante y el tratamiento del síndrome de abstinencia en los bebés.

4.3.6 Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (70), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones para la optimización de la atención sanitaria a las mujeres que presentan preeclampsia y eclampsia. En líneas generales, hace referencia al reposo, la restricción en la ingesta de sodio, la administración de suplementos de calcio y vitamina D, los medicamentos, la conducta activa frente a la conducta expectante para la preeclampsia grave antes de término, la inducción del trabajo de parto para la preeclampsia a término, y la prevención y el tratamiento de la hipertensión posparto.

4.3.7 Recomendaciones de la OMS para la inducción del parto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (71), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones para mejorar la calidad de la asistencia y los resultados para las mujeres embarazadas a las que se les induce el parto en entornos con pocos recursos. En líneas generales, abarca las situaciones en las que la inducción del parto puede ser conveniente, los métodos para inducir el parto, el tratamiento de los eventos adversos relacionados con la inducción del parto y los lugares apropiados para la inducción del parto.

4.3.8 Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (72), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones para las intervenciones encaminadas a reducir la carga del trabajo de parto prolongado y sus consecuencias. En líneas generales, se centra en el diagnóstico y la prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, el tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción y los cuidados durante la conducción del trabajo de parto.

4.3.9 Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018

Esta directriz (73), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones amplias sobre las prácticas de cuidados básicos durante el parto que deben aplicarse a todas las mujeres y adolescentes embarazadas para lograr una experiencia de parto positiva. En líneas generales, describe las prácticas de cuidados durante el parto científicamente contrastadas que mejoran los resultados y propician una experiencia positiva del embarazo, y complementa las directrices de la OMS existentes sobre el tratamiento de las complicaciones específicas relacionadas con el embarazo.

4.3.10 Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (74), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre intervenciones eficaces para reducir la carga de las infecciones maternas y sus consecuencias en el periparto. En líneas generales, se presentan recomendaciones basadas en datos científicos sobre intervenciones para la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato genital durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, a fin de mejorar el desenlace del embarazo y la evolución materna y neonatal.

4.3.11 Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

Esta directriz (75), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones sobre los principios generales de la atención de la hemorragia posparto. En líneas generales, abarca la prevención de la hemorragia posparto (agentes uterotónicos, manejo del cordón umbilical y masaje uterino, conducta activa en el alumbramiento), la prevención de la hemorragia posparto en las cesáreas (agentes uterotónicos, reanimación con líquidos y ácido tranexámico, maniobras, otros procedimientos) y el tratamiento de la placenta retenida.

4.3.12 Recomendaciones de la OMS sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (76), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, actualiza las recomendaciones sobre el uso del ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto en respuesta a nuevos datos científicos de gran importancia en relación con esta intervención. Reemplaza la recomendación anterior sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto, publicada en el documento Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, de 2012 (75). En líneas generales, la directriz señala que se recomienda la administración temprana de ácido tranexámico por vía intravenosa (en el transcurso de las tres horas posteriores al parto), además de la atención habitual, para las mujeres con diagnóstico clínico de hemorragia posparto después de parto vaginal o cesárea.

4.3.13 Administración diaria de suplementos de hierro a las mujeres en puerperio: directriz. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (77), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace una recomendación condicional para la administración a las mujeres de suplementos de hierro por vía oral durante un periodo de 6 a 12 semanas tras el parto para mejorar la salud de las madres y los lactantes.

4.3.14 Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

Esta directriz (78), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones para paliar la gran escasez de personal sanitario dedicado a las intervenciones para la salud materna y neonatal. En líneas generales, describe las intervenciones recomendadas para los trabajadores de la salud en la comunidad (legos), las enfermeras auxiliares, las enfermeras obstétricas auxiliares, las enfermeras, las obstétricas, los clínicos auxiliares (que no son médicos), los clínicos auxiliares de formación avanzada (que no son médicos) y los médicos no especialistas.

4.3.15 Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (45), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre intervenciones de promoción de la salud orientadas a la salud materna y neonatal. En líneas generales, describe las intervenciones relacionadas con la preparación para el parto y la aparición de complicaciones, la participación de los hombres en la salud materna y neonatal, la colaboración con las parteras tradicionales, la prestación de servicios de maternidad especializados culturalmente apropiados, la elección del acompañante en el parto, la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos, y la participación de la comunidad en los procesos de mejora de la calidad y la planificación e implementación de los programas.

4.3.16 Recomendación de la OMS sobre movilización comunitaria para la salud maternal y neonatal por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (79), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la movilización comunitaria para la salud maternal y neonatal por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres. También hace recomendaciones para dar a conocer mejor las intervenciones importantes concebidas para aumentar la salud materna y neonatal, mejorar la atención brindada en el hogar por las mujeres y las familias, aumentar el respaldo de la comunidad a la salud materna y neonatal, y promover la utilización de la atención especializada.

4.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

Las adolescentes embarazadas, en particular las que no están casadas, suelen enfrentarse a dificultades para acceder a los servicios de salud materna, entre ellos la atención prenatal, durante el parto y posnatal. La falta de información sobre la importancia de recurrir a los servicios de salud materna, la falta de confidencialidad y el miedo al estigma son barreras que obstaculizan el acceso a esos servicios (18). Debe ponerse sumo empeño en garantizar la disponibilidad y la accesibilidad de la atención prenatal, durante el parto y posnatal, en particular los servicios básicos y los servicios integrales de urgencias obstétricas (18).

A menudo, los servicios de atención prenatal, durante el parto y posnatal no están adaptados a las necesidades de las adolescentes. Es crucial que los prestadores de atención de salud reciban formación y apoyo adecuados de forma continuada para garantizar que disponen de los conocimientos y las aptitudes que se precisan para ofrecer una atención prenatal, durante el parto y posnatal de calidad adaptada a las adolescentes, sobre la base del derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación (18).



4.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd edn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (80).
- Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd edn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (80).
- Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (81).
- Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (82).
- Strengthening midwifery toolkit. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (83).
- Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (84).
- Tibingana-Ahimbisibwe B, Katabira C, Mpalampa L, Harrison RA. The effectiveness of adolescent-specific prenatal interventions on improving attendance and reducing harm during and after birth: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2016, 30:(3) (85).

4.6 Aplicación en la práctica de las directrices

La OMS, St. Michael's Hospital, la Universidad de Toronto y las alianzas internacionales con países de ingresos bajos y medios establecieron en 2012 la Red GREAT (elaboración de directrices, prioridades en materia de investigación, síntesis de las pruebas científicas, aplicación de las pruebas científicas, transferencia del conocimiento), a fin de facilitar a las partes interesadas de los sistemas de atención sanitaria orientación y apoyo en relación con la aplicación de las directrices pertinentes basadas en datos científicos sobre salud materna y perinatal (86). Ese mismo año, la Red GREAT puso en marcha, con carácter experimental, un modelo de reuniones de dos días de duración con las partes interesadas pertinentes, entre las que se contaban clínicos (obstetras, parteras), directores, investigadores, responsables de la formulación de políticas y la OMS. Se crearon grupos de debate para identificar los obstáculos y los factores facilitadores de la aplicación de las directrices; posteriormente se celebró una reunión de priorización con el objetivo de establecer las prioridades comunes por medio de un proceso de grupos nominales (87) y el método de apropiación de Research and Development (RAND) (88). Ese proceso dio lugar a una serie de recomendaciones para abordar los obstáculos a la aplicación de las directrices de salud materna y perinatal; también se crearon grupos de trabajo que respaldasen la implantación de la estrategia de aplicación adaptada en función de las prioridades establecidas (89). Más tarde, el modelo de la Red GREAT se puso en práctica en Etiopía, Myanmar, la República Unida de Tanzania y Uganda (90).

5 Atención para un aborto sin riesgos

5.1 Definiciones

Aborto inducido se refiere a la pérdida intencionada del embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos (91).

El término *aborto seguro* alude al aborto que se realiza con un método recomendado por la OMS (aborto médico, aspiración de vacío, dilatación y evacuación), es adecuado a la duración del embarazo y lo practica un prestador de atención de salud con formación al respecto (92).

Por *aborto menos seguro* se entiende el aborto que cumple solo uno de estos dos criterios: lo practica un prestador de atención de salud con formación al respecto, pero con un método anticuado (por ejemplo, el curetaje cortante), o bien se utiliza un método seguro para practicar el aborto (por ejemplo, el misoprostol), pero sin que un profesional cualificado proporcione información o apoyo (92).

Aborto nada seguro se refiere al aborto efectuado por personas sin formación con métodos peligrosos (por ejemplo, la ingesta de sustancias cáusticas, la inserción de cuerpos extraños y el uso de brebajes tradicionales) (92).

5.2 Justificación

Los abortos peligrosos entre las adolescentes constituyen un grave problema. Se calcula que en torno a 3,9 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos inseguros cada año en los países en desarrollo (28).

Los abortos peligrosos entre las adolescentes tienen graves consecuencias para la salud. Aproximadamente el 8% de la mortalidad materna entre 2003 y 2012 se atribuye al aborto (93). Las adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres de más edad de someterse a abortos practicados por personal que carece de formación, tener un aborto inducido por ellas mismas, finalizar con su embarazo tras el primer trimestre (cuando el proceso es más peligroso) y retrasar la búsqueda de atención médica para las complicaciones derivadas de los abortos inseguros; asimismo, es más probable que no conozcan sus derechos en lo que respecta al aborto y la atención al aborto y que no informen de que han abortado (94).

La atención para un aborto seguro entraña pocos riesgos para la salud. El personal, las capacidades y las normas de atención médica consideradas seguras al practicar abortos varían en función de si el aborto es médico o quirúrgico y de la duración del embarazo (95). Un aborto seguro puede suponer un riesgo inferior al de una inyección de penicilina o al de llevar un embarazo a término (95, 96).

Sin embargo, debe prestarse atención a las leyes y políticas relativas al aborto y a la prestación de servicios de buena calidad. El acceso a los servicios de aborto sin riesgos está sumamente restringido en muchos países, a pesar de que está demostrado que las leyes restrictivas en materia de aborto están relacionadas con niveles más elevados de mortalidad materna (97, 98). En muchos países se restringe aún más el acceso de las adolescentes al aborto legal y seguro por medio de intervenciones de política relativas al consentimiento (de los padres, los cónyuges o los prestadores de atención de salud), la edad, el estado civil y la restricción de la información que se facilita al público (94, 99). Allí donde se ofrece a las adolescentes atención para un aborto sin riesgos, con frecuencia se trata de servicios que no están adaptados a ellas (94, 99). Entretanto, cada vez hay más pruebas de que en los lugares donde el aborto es legal según amplias razones socioeconómicas y a solicitud de la mujer, y donde los servicios seguros son accesibles, tanto el aborto inseguro como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto presentan niveles bajos (96, 100, 101).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a las adolescentes atención para un aborto sin riesgos. La aplicación de medidas para prevenir el aborto inseguro y ofrecer atención posterior al aborto forma parte de las obligaciones fundamentales de los Estados de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva; se considera una de las acciones básicas mínimas que deben realizar los Estados para dar significado a ese derecho (15). En lo que concierne a las adolescentes en particular, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso universal a un conjunto integral de intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva, incluidos el aborto sin riesgos y la atención posterior al aborto, independientemente de que el aborto sea legal o no (16). Los mecanismos de derechos humanos también abogan por la despenalización del aborto, con miras a garantizar el acceso de las jóvenes a un aborto sin riesgos y a la atención posterior al aborto (15, 17). La eliminación de obstáculos, como la obligación de disponer de la autorización de un tercero, también está incluida en las obligaciones de los Estados relativas a la prestación de servicios de aborto sin riesgos, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva (15, 17). No practicar un aborto u obligar a continuar con el embarazo también se consideran formas de violencia de género, que se enmarcan en las obligaciones de los Estados de luchar por la eliminación de esas formas de violencia con todos los medios oportunos (102).

5.3 Directrices pertinentes de la OMS

5.3.1 Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

Esta directriz (95), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre la prestación de atención para un aborto sin riesgos. En líneas generales, describe los métodos para practicar el aborto quirúrgico, el aborto médico y el aborto en embarazos de más de 12 o 14 semanas de gestación y para proporcionar atención previa a un aborto inducido y atención posterior al aborto. La directriz también hace la siguiente recomendación específica para las adolescentes:

Políticas:

- Se precisa un entorno propicio para garantizar que cada mujer elegible desde el punto de vista legal tenga un acceso sencillo a la atención para un aborto sin riesgos. Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres, alcanzar resultados de salud positivos para las mujeres, ofrecer información y servicios relacionados con la anticoncepción de

buena calidad y satisfacer las necesidades particulares de las mujeres de escasos recursos, las adolescentes, las víctimas de violaciones y las mujeres con VIH.

5.3.2 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta al aborto, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Políticas:

- Velar por que las leyes y las políticas permitan a las adolescentes acceder a servicios de aborto seguro.

Comunidades:

- Identificar y eliminar las barreras a la prestación de servicios de aborto seguro a las adolescentes.

Centros de salud:

- Velar por que las adolescentes tengan acceso a la atención posterior al aborto como intervención médica que salva vidas, independientemente de que el aborto practicado o intentado sea legal o no.
- Velar por que, tras un aborto, las adolescentes puedan recibir información y servicios de anticoncepción, independientemente de que el aborto sea legal o no.

Individuos:

- Informar a las adolescentes y a otras partes interesadas sobre los riesgos que entrañan los métodos inseguros de interrupción del embarazo, los servicios de aborto seguro que se prestan de manera legal y dónde se puede acceder a tales servicios y en qué circunstancias, a fin de permitir que las adolescentes puedan recibir servicios de aborto seguro.

5.3.3 Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (103), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre la seguridad, eficacia, viabilidad y aceptabilidad de la participación de una amplia gama de dispensadores de atención de salud en la prestación de intervenciones eficaces recomendadas para ofrecer servicios de aborto sin riesgos y atención posterior al aborto, incluido el uso de anticonceptivos después del aborto. En líneas generales, ofrece directrices clínicas relativas a la facilitación de información sobre el aborto sin riesgos, el asesoramiento antes y después del aborto, el tratamiento del aborto y la atención posterior al aborto en el primer trimestre y después de las 12 semanas, el tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida y la administración de anticonceptivos después del aborto.

5.3.4 Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (43), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos específicas para las mujeres afectadas por el VIH. En líneas generales, describe las estrategias destinadas a crear un entorno propicio y realizar intervenciones que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. También examina las dificultades en materia de aplicación a las que deben hacerse frente en las intervenciones relativas a la salud y la prestación de servicios para lograr la igualdad de género y respetar los derechos humanos.

5.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

A menudo, las leyes y las políticas restrictivas obligan a las adolescentes que precisan de atención para un aborto sin riesgos a someterse a abortos ilegales e inseguros (98). Las leyes y las políticas sobre el aborto no deben crear situaciones que lleven a las adolescentes a recurrir a abortos inseguros (95), sino que deben promover el respeto y la protección de las mujeres y las niñas; ello incluye velar por que todas las mujeres y las niñas puedan acceder a servicios oportunos y sin riesgos a fin de reducir la mortalidad y la morbilidad maternas causadas por los abortos inseguros. Además, las leyes y las políticas deben prevenir y tratar el estigma y la discriminación contra las mujeres y las niñas que buscan servicios de aborto o atención posterior al aborto (18, 95).

Es menos probable que las adolescentes obtengan servicios de aborto seguro que las mujeres adultas (94). Las adolescentes y demás partes interesadas han de estar informadas de los riesgos que entrañan los abortos inseguros, los servicios de aborto seguro que se prestan de manera legal y dónde se puede acceder a tales servicios y en qué circunstancias (18).

Con frecuencia, los servicios de aborto y la atención prestada por los profesionales de la salud no están adaptados a las adolescentes (99). Los profesionales de atención de salud deben estar capacitados y contar con apoyo para informar, orientar y prestar servicios a las adolescentes en función de sus capacidades evolutivas, y deben dar respuesta a las necesidades concretas de los diferentes grupos de adolescentes (18). Los servicios de aborto deben ofrecerse evitando los prejuicios, sin coerción y con respeto a las decisiones tomadas de forma voluntaria por las mujeres y niñas basándose en la información facilitada, y a su autonomía, privacidad y confidencialidad si desean poner fin a un embarazo no deseado, inoportuno o no planificado (18, 95, 104, 105). Los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior (95). Dado que las adolescentes se ven particularmente afectadas por los honorarios que se cobran a las usuarias por los servicios de aborto sin riesgos, deberán estar exceptuadas de su pago (18, 95). Además, las adolescentes solteras pueden recibir presiones para abortar; deben prestarse servicios de orientación y apoyo social y jurídico a las jóvenes de las que se sospecha que están bajo coacción (95).



5.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (106)
- Interagency statement: preventing gender-biased sex selection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (107).
- Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014, 126(1):1–7 (108).
- Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. Nueva York, Guttmacher Institute, 2016 (94).
- Provision of abortion care for adolescent and young women: a systematic review. Chapel Hill, NC, Ipas, 2013 (109).

5.6 Aplicación en la práctica de las directrices

La OMS ha trabajado para que países como Ghana, Kirguistán, Mongolia, la República de Moldova, Rumania y Viet Nam adopten las orientaciones de la OMS sobre atención para un aborto sin riesgos, principalmente en el marco del Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas

de salud sexual y reproductiva (110, 111). En la República de Moldova, por ejemplo, el aborto es una de las 11 esferas prioritarias incluidas en su estrategia nacional de salud reproductiva para 2005-2015. La OMS, junto con otras organizaciones internacionales, ha colaborado con la ONG Reproductive Health Training Centre a fin de formular normas nacionales para el aborto sin riesgos. Esas normas, que se basan en las recomendaciones de la OMS, fueron aprobadas por el Ministerio de Sanidad de Moldova en 2011 (112). Fruto también de esa colaboración fue la revisión del plan nacional de estudios, la creación y la introducción del modelo de atención integral al aborto dirigido a los servicios en régimen ambulatorio, la mejora del sistema nacional de información sobre gestión sanitaria en relación con el aborto y el registro del producto combinado de mifepristona y misoprostol aprobado para poner fin al embarazo (112).

6

Prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual

6.1 Definiciones

Las *infecciones de transmisión sexual* (ITS) son aquellas causadas por bacterias, virus y parásitos transmitidos a través del contacto sexual, en particular el sexo vaginal, anal y oral. Algunas ITS también pueden propagarse por el contacto sexual «piel con piel» o por medios no sexuales, como por ejemplo de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Se conocen más de 30 virus, bacterias y parásitos que provocan infecciones de transmisión sexual (113).

6.2 Justificación

Las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes constituyen un grave problema. No hay estimaciones publicadas en cuanto a la prevalencia o incidencia de las ITS en los adolescentes a escala mundial, y los datos actuales sobre ITS entre los adolescentes en la mayor parte de los países de ingresos bajos y medios son escasos. Sin embargo, en aquellos casos en que sí se cuenta con sistemas de vigilancia desglosados por edad se observa una incidencia sustancial en los adolescentes. Entre las mujeres del África subsahariana, las estimaciones indican que la prevalencia de todas las ITS (a excepción del virus del herpes simple de tipo 2) es mayor entre las jóvenes de 15 a 24 años que entre las mujeres de 25 a 49 años (114). Análogamente, en Europa, los jóvenes de ambos sexos de entre 15 y 24 años representaron el 61% de todos los casos de clamidiasis registrados en 2015 (115). En los Estados Unidos de América, la mitad de los casos de ITS de 2008 se detectaron en mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años (116).

Las adolescentes pueden tener una vulnerabilidad biológica a algunas ITS superior a la de las mujeres adultas debido a la inmadurez de la mucosa cervical y verse más afectadas por la ectopia cervical (117, 118). Por su parte, los muchachos adolescentes se ven presionados a tener múltiples parejas a causa del estereotipo de hombre duro y dominante (119). El riesgo de contraer una ITS suele ser mayor en grupos específicos de adolescentes, como los trabajadores del sexo adolescentes y sus clientes y los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres o con adolescentes varones (120-122).

Las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes tienen graves consecuencias para la salud. Las infecciones de transmisión sexual pueden provocar molestias y dolor y tener graves consecuencias más allá del efecto inmediato de la propia infección (120). El herpes y las ITS ulcerosas (sífilis) e inflamatorias (clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis) curables se asocian a un riesgo de dos a tres veces mayor de contraer el VIH (123, 124). Todas las ITS curables se han relacionado con graves complicaciones del embarazo que afectan al recién nacido, como el nacimiento prematuro, el peso bajo al nacer y la muerte (125, 126). Por ejemplo, se calcula que la sífilis durante el embarazo provoca 215 000 muertes prenatales y muertes fetales y 90 000 muertes neonatales cada año (127). Además, algunas ITS, como la gonorrea y la clamidiasis, son causas principales de infertilidad (125).

El virus del papiloma humano fue responsable de unos 528 000 casos de cáncer cervicouterino y de 266 000 muertes por dicha enfermedad en 2012 (128).

Los servicios de prevención y tratamiento de las ITS han demostrado su eficacia. Se ha demostrado que las intervenciones dirigidas a modificar comportamientos (ESI, comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad,⁶ orientación antes y después de las pruebas de detección de las ITS, orientación sobre prácticas sexuales seguras y reducción de riesgos, promoción del uso del preservativo) y los métodos anticonceptivos de barrera (preservativos masculinos y femeninos) previenen las ITS (120, 129). Se cuenta con pruebas de diagnóstico de las ITS precisas, además de tratamientos que pueden curar la clamidiasis, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis y tratar el herpes y la hepatitis B de forma eficaz (120).

Sin embargo, debe prestarse atención al diseño y la aplicación de las estrategias de prevención y al acceso y el suministro de servicios de buena calidad. Unos servicios eficaces de prevención y tratamiento de las ITS constituyen una necesidad urgente para la población adolescente, y deben incluir la ampliación del tratamiento de los casos de ITS y la vacunación contra el virus del papiloma humano (120). Sin embargo, muchos adolescentes no tienen acceso a unos servicios integrados de prevención y tratamiento de estas infecciones (120). Incluso cuando sí disponen de ellos, los adolescentes suelen toparse con barreras que tienen que ver con la estigmatización, la vergüenza, el costo y la falta de confidencialidad (130).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a los adolescentes prevención y atención en relación con las ITS. Los Estados están obligados a velar por que la atención y el tratamiento de las ITS, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, estén a disposición de los adolescentes, independientemente de su estado civil, y por que dichos servicios sean gratuitos, confidenciales y no discriminatorios y estén adaptados a los adolescentes (15, 17). La eliminación de obstáculos, como el requisito de disponer de la autorización de un tercero, también está incluida en las obligaciones de los Estados en relación con la prestación de servicios relativos a las pruebas y el tratamiento de las ITS, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva (15, 17).

6.3 Directrices pertinentes de la OMS

6.3.1 Directrices de la OMS sobre el tratamiento de la infección por *Treponema pallidum* (sífilis). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (131), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre el tratamiento de la sífilis. En líneas generales, se centra en el tratamiento de la sífilis en su fase temprana (sífilis primaria, secundaria y latente en fase temprana que no supere los dos años de duración), la sífilis tardía (infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica) y la sífilis congénita.

6.3.2 Directriz de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (132), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones actualizadas sobre la detección y el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas según los datos científicos más recientes y las pruebas serológicas de la sífilis de las que se dispone. Se basa en las

6 Por comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad se entiende el uso oportuno del asesoramiento por parte de profesionales (enfermeras, médicos, educadores sobre salud), sin certeza acerca de la duración del encuentro o la posibilidad de que haya más encuentros, para abordar la sexualidad y los problemas psicológicos o personales relacionados y fomentar el bienestar sexual.

recomendaciones para el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y el tratamiento de la sífilis congénita que se ofrecen en el documento *WHO Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (Syphilis) (131)*, de 2016.

6.3.3 Directrices de la OMS para el tratamiento del virus del herpes genital simple. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (133), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por el virus del herpes genital simple. En líneas generales, se centra en las recomendaciones para el tratamiento del primer episodio clínico, los episodios clínicos recurrentes (terapia episódica), los episodios clínicos recurrentes frecuentes y los episodios clínicos recurrentes graves o angustiosos (terapia supresora) de la infección por el virus del herpes genital simple.

6.3.4 Directrices de la OMS para el tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (134), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis*. En líneas generales, se centra en las recomendaciones para el tratamiento de la clamidiasis genital sin complicaciones, la clamidiasis anorrectal, la clamidiasis genital en mujeres embarazadas, el linfogranuloma venéreo y la oftalmía neonatal.

6.3.5 Directrices de la OMS para el tratamiento de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (135), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*. En líneas generales, se centra en las recomendaciones para el tratamiento de las infecciones gonocócicas genitales y anorrectales, las infecciones gonocócicas bucofaríngeas, la repetición de las infecciones gonocócicas tras un fracaso terapéutico y la oftalmía neonatal gonocócica. En la directriz se hace hincapié en la necesidad de que los países vigilen la resistencia de la bacteria *N. gonorrhoeae* a los antimicrobianos para fundamentar las recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de la infección por esta bacteria.

6.3.6 Directrices sobre las pruebas de la hepatitis B y C. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (136), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre las pruebas para detectar el virus que causa la hepatitis B y C crónica y complementa las directrices de la OMS sobre prevención, atención y tratamiento de las infecciones crónicas por los virus de la hepatitis B y C (137, 138). En líneas generales, indica qué personas deben someterse a las pruebas de detección de la infección por los virus de la hepatitis B y C, cómo realizar las pruebas de detección de la infección, cómo confirmar que se ha producido una infección virémica y vigilar la respuesta al tratamiento, y cómo utilizar gotas de sangre seca y otras estrategias para promover el uso de las pruebas y fortalecer la vinculación con los servicios de atención.

6.3.7 Directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (137), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones para la prevención, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B. En líneas generales, recomienda usar pruebas de diagnóstico sencillas no invasivas

para evaluar el estadio de la enfermedad hepática y determinar si la persona afectada puede recibir tratamiento; dar prioridad al tratamiento de las personas con hepatopatía avanzada y con mayor riesgo de mortalidad; y utilizar análogos nucleós(t)idos con alta barrera de protección contra la resistencia (tenofovir o entecavir en adultos y adolescentes de más de 11 años, entecavir en niños de 2 a 11 años) para el tratamiento de primera y segunda línea.

6.3.8 Directrices para la detección, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C: versión actualizada, abril de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (138), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones para la detección, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C. En líneas generales, ofrece orientación sobre la detección de las infecciones provocadas por este virus, la atención a las personas infectadas, su tratamiento por medio, de ser posible, de todas las combinaciones de solo antivíricos de acción directa, los regímenes preferentes en función del genotipo del virus de la hepatitis C y el historial médico del paciente, y la evaluación de la conveniencia del uso continuado de determinados medicamentos.

6.3.9 Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para grupos de población clave. Actualización de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (20), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para cinco grupos de población clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas inyectables, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, trabajadores sexuales y personas transgénero. En líneas generales, presenta un conjunto integral de intervenciones y describe las intervenciones del sector de la salud, los elementos facilitadores fundamentales, la prestación de servicios y el proceso de toma de decisiones, planificación y vigilancia.

6.3.10 Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (121), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero. En líneas generales, abarca la prevención de la transmisión sexual; las pruebas de detección del VIH y la orientación sobre el virus; las intervenciones conductuales y la información, la educación y la comunicación; el uso de sustancias y la prevención de infecciones transmitidas por la sangre; la atención y tratamiento de la infección por el VIH; y la prevención y la atención de otras ITS.

6.3.11 Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

Esta directriz (122), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre prevención y tratamiento de la infección del VIH y otras ITS en las personas trabajadoras del

sexo y sus clientes. En líneas generales, abarca el empoderamiento comunitario, la promoción del uso del condón, el tamizado de las ITS asintomáticas, el tratamiento preventivo periódico de las ITS, los programas de distribución de agujas y jeringuillas, la vacunación contra el virus de la hepatitis B, el asesoramiento y las pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH, y el tratamiento antirretrovírico.

6.3.12 Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (43), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos específicas para las mujeres afectadas por el VIH. En líneas generales, describe las estrategias destinadas a crear un entorno propicio y realizar intervenciones que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. También examina las dificultades en materia de aplicación a las que deben hacerse frente en las intervenciones relativas a la salud y la prestación de servicios para lograr la igualdad de género y respetar los derechos humanos. En lo que respecta a las ITS, la directriz también hace la siguiente recomendación específica para las adolescentes:

Centros de salud:

- Administrar la vacuna contra el virus del papiloma humano a las niñas de entre 9 y 13 años. Las que reciban una primera dosis de la vacuna antes de los 15 años pueden utilizar una pauta de dos dosis. El intervalo entre ambas dosis debe ser de seis meses. No hay intervalo máximo entre las dosis, pero se sugiere que no supere los 12 o 15 meses. Si el intervalo entre las dosis es inferior a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos seis meses después de la primera. Las personas inmunocomprometidas, incluidas las que viven con VIH, y las mujeres de 15 años o más también deben recibir la vacuna según una pauta de tres dosis (a los 0, 1-2 y 6 meses) para lograr una protección completa.

6.3.13 Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (139), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones relativas a las estrategias complementarias para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino, y destaca la necesidad de colaboración entre los diversos programas, organizaciones y asociados. En líneas generales, se centra en los elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, en particular la movilización comunitaria, la educación y la orientación; la vacunación contra el VPH; el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino; el diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervicouterino invasor; y cuidados paliativos. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Centros de salud:

- Considerar la posibilidad de introducir la vacunación contra el VPH si: *i)* el cáncer cervicouterino u otras enfermedades relacionadas con el VPH constituyen una prioridad de salud pública; *ii)* la introducción de la vacuna es programáticamente factible; *iii)* puede asegurarse una financiación sostenible; y *iv)* se ha considerado la costoeficacia de las estrategias de vacunación en el país o en la región.

- Introducir la vacunación contra el VPH como parte de una estrategia integral coordinada para prevenir el cáncer cervicouterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH. La introducción de la vacunación contra el VPH no debe menoscabar ni desviar la financiación del desarrollo ni el mantenimiento de programas eficaces de tamizaje de cáncer cervicouterino.
- Administrar la vacuna contra el virus del papiloma humano a las niñas de entre 9 y 13 años. Las que reciban una primera dosis de la vacuna antes de los 15 años pueden utilizar una pauta de dos dosis. El intervalo entre ambas dosis debe ser de seis meses. No hay intervalo máximo entre las dos dosis, pero se sugiere que no supere los 12 o 15 meses. Si el intervalo entre las dosis es inferior a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos seis meses después de la primera. Las personas inmunocomprometidas, incluidas las que viven con VIH, y las mujeres de 15 años o más también deben recibir la vacuna según una pauta de tres dosis (a los 0, 1-2 y 6 meses) para lograr una protección completa.
- Someter a tamizaje de precáncer y cáncer cervicouterinos a las mujeres y niñas con resultado positivo en la prueba del VIH que hayan iniciado su actividad sexual, independientemente de su edad.

6.3.14 Respuesta a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales: Directrices clínicas de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (42), que es específica para los adolescentes y los niños (de 0 a 18 años de edad), hace recomendaciones sobre la prestación a los supervivientes de abusos sexuales de atención de alta calidad en función del trauma padecido. En líneas generales, abarca las recomendaciones sobre atención y salud mental tras una violación y las buenas prácticas para brindar apoyo psicológico de primera línea como respuesta a la revelación del abuso, reducir al mínimo la angustia mientras se completa el historial médico, realizar un examen y documentar las conclusiones. La directriz resalta asimismo la importancia de promover la seguridad, ofrecer alternativas y respetar los deseos y la autonomía de los niños y adolescentes. Cabe destacar que la directriz hace hincapié en las consideraciones éticas en los casos en que los prestadores de atención de salud tienen que informar a las autoridades competentes de abusos sexuales a niños y adolescentes. En lo que respecta a las ITS, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud:

- Ofrecer tratamiento preventivo o profiláctico para la gonorrea, la clamidiasis y la sífilis a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales en los que se ha producido contacto oral, genital o anal con un pene o ha habido sexo oral, en especial en los lugares en los que no es viable realizar pruebas de laboratorio.
- Ofrecer el tratamiento de los casos sindrómicos en el caso de los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales y presentan síntomas clínicos (flujo vaginal o exudado uretral —gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, úlceras genitales—, virus del herpes simple, sífilis, chancroide), en especial en los lugares en los que no es viable realizar pruebas de laboratorio.
- Administrar vacunas contra la hepatitis B sin inmunoglobulina de hepatitis B, conforme a las directrices nacionales.
- Vacunar contra el VPH a las niñas de entre 9 y 14 años, conforme a las directrices nacionales.

6.3.15 Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (140), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones dirigidas a los formuladores de políticas de salud y los responsables de la toma de decisiones de las instituciones de formación de profesionales de la salud relativas a los fundamentos del uso de las habilidades de asesoramiento para abordar los problemas de salud sexual en el entorno de la atención primaria de la salud por parte de los prestadores de atención sanitaria. En líneas generales, se centra en las comunicaciones breves acerca de la sexualidad para prevenir las ITS y la preparación de los prestadores de atención de salud para que den a conocer eficazmente dichas comunicaciones.

6.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

Los adolescentes carecen de conocimientos sobre las ITS y los servicios que se brindan para su prevención y tratamiento (130). Los adolescentes, especialmente los que más se beneficiarían de la vacunación y las pruebas de detección de las ITS, deben recibir información sobre las ITS en sus interacciones con el sistema de salud y en el ámbito educativo (20). Las estrategias de vacunación contra el VPH también ofrecen oportunidades valiosas para la integración con las escuelas y otras organizaciones e instituciones a nivel comunitario (139).

Los servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual a menudo no llegan a los adolescentes y, si lo hacen, no están adaptados a ellos (130). Las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual, en particular las orientadas a facilitar información (véase la sección 2), abordar los factores sociales causantes de las ITS y las infecciones por el VIH (véase la sección 7), promover el uso de los preservativos y administrar la vacuna del VPH, deben adaptarse para que lleguen a los adolescentes y satisfagan sus necesidades (120). Es necesario redoblar los esfuerzos para velar por que los adolescentes busquen atención sanitaria cuando crean o sepan que han contraído una ITS (120). Los servicios de tratamiento de las ITS deben estar adaptados a los adolescentes: los prestadores de atención de salud deben contar con formación y apoyo para informar, orientar y tratar a los adolescentes según sus capacidades evolutivas de modo que entiendan las opciones de atención y tratamiento que se les ofrecen, y deben prestarse servicios de prevención y tratamiento de las ITS a los adolescentes sin exigir que presenten autorizaciones ni notificaciones de los progenitores o tutores (120). Tampoco deben formularse preguntas a las adolescentes sobre su actividad sexual antes de administrarles la vacuna del VPH (139).



6.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (120).
- Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 – recommendations. *Vaccine*. 2017, 35(43):5753–5755 (141).
- Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (142).
- Scaling-up HPV vaccine introduction. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (143).
- Sexually transmitted diseases: treatment guidelines, 2015. Atlanta, GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015 (144).
- Resumen del proyecto: Lecciones aprendidas de vacunación contra el VPH. Seattle, WA, PATH; 2015 (145).

6.6 Aplicación en la práctica de las directrices

Desde la publicación en 2016 de las directrices de tratamiento de las ITS relativas a la gonorrea, la clamidiasis, la sífilis y el herpes genital, todas las Oficinas Regionales de la OMS han organizado talleres para su divulgación a los coordinadores de los países. Los talleres reunieron a representantes de 22 países de las Regiones del Pacífico Occidental, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, 12 países de la Región de las Américas y 28 países de la Región de África. Las directrices sobre las infecciones de transmisión sexual también se han dado a conocer con ocasión de la celebración de talleres de divulgación de las directrices sobre VIH y salud materna, infantil y neonatal.

En Camboya y Myanmar, por ejemplo, se establecieron comités técnicos sobre las ITS cuyo cometido era revisar las directrices nacionales tomando como base las directrices sobre ITS de la OMS. En el Brasil y Camboya se ha dedicado financiación nacional a la puesta en marcha de sistemas de vigilancia de la resistencia de la gonorrea a los antimicrobianos para fundamentar la revisión de las recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de esa enfermedad. Por último, Kenya y Zimbabwe han revisado sus recomendaciones para el tratamiento de las ITS conforme a las directrices de la OMS y a los resultados obtenidos mediante la vigilancia de la resistencia de la gonorrea a los antimicrobianos.

7 Prevención y atención del VIH

7.1 Definiciones

El *virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)* es un virus que ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer (146). Se transmite a través del intercambio de líquidos corporales que contienen el virus, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales (147). La fase más avanzada de la infección por el VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (146). En la actualidad no existe cura ni vacuna para el VIH ni el sida (146).

Los *medicamentos antirretrovíricos* son los medicamentos que se emplean para tratar el VIH (147). Se pueden utilizar para la profilaxis posterior a la exposición (un tratamiento breve que consiste en tomar antirretrovíricos lo antes posible en las 72 horas siguientes a una exposición al VIH de alto riesgo, a fin de reducir las probabilidades de adquirir el virus), y como profilaxis anterior a la exposición (para la prevención en las personas que han dado negativo para el VIH pero que presentan un alto riesgo de contraer la infección) (146).

Por *tratamiento antirretrovírico* se entiende el uso de una combinación de tres o más medicamentos antirretrovíricos para tratar la infección por el VIH (147). Se trata de un tratamiento de por vida (147). Como sinónimos de este término se utilizan «tratamiento con una combinación de antirretrovíricos» y «tratamiento antirretrovírico de gran actividad» (147).

7.2 Justificación

El VIH entre los adolescentes es un problema grave, especialmente en el África subsahariana. En 2017, aproximadamente 1,8 millones de adolescentes estaban infectados por el VIH en todo el mundo, lo que representaba el 5% de las personas que vivían con ese virus (148). Además, los adolescentes suponen el 16% de las nuevas infecciones por el VIH en adultos (148). Algunos adolescentes tienen un riesgo mucho más elevado de adquirir el VIH que otros (149). Por ejemplo, en África oriental y meridional, dos de cada tres nuevas infecciones por el VIH contraídas en 2017 por personas jóvenes se dieron en muchachas, un fenómeno alimentado por las desigualdades de género y las definiciones de masculinidad nocivas, la violencia, el acceso limitado a la educación y las oportunidades de empleo y los bajos niveles de independencia económica (150).

El VIH entre los adolescentes tiene graves consecuencias para la salud. La infección por VIH no diagnosticada y no tratada entre los adolescentes causa una mortalidad considerable (151, 152). Desde 2010 las muertes de adolescentes de 10 a 14 años relacionadas con el sida se han reducido hasta las aproximadamente 20 000 registradas en todo el mundo en 2015, debido en gran medida a los efectos de la prevención de la transmisión maternoinfantil (152). Sin embargo, el número de muertes por causas relacionadas con el sida entre los adolescentes de 15 a 19 años ha seguido

creciendo; se calcula que en 2015 se produjeron 20 800 muertes, en parte a causa de las características específicas de los adolescentes de más edad, especialmente su mayor autonomía, y los efectos de dichas características en su adhesión al tratamiento y su retención en el proceso asistencial (152). Los adolescentes infectados presentan tasas de mortalidad más altas que los niños y los adultos que viven con el VIH (151). De hecho, los adolescentes constituyen el único grupo de edad en el que la mortalidad relacionada con el sida no descendió entre 2000 y 2015 en todo el mundo, sino que se duplicó con creces (153).

Los servicios de prevención y tratamiento del VIH han demostrado su eficacia. El siguiente conjunto de intervenciones se ha revelado eficaz para prevenir el VIH en los adolescentes y los adultos jóvenes: impartir ESI, fomentar el uso de preservativos, distribuir preservativos, realizar pruebas de detección del VIH y ofrecer orientación al respecto, practicar la circuncisión médica masculina voluntaria para reducir el riesgo de infección, reducir los daños para los consumidores de drogas inyectables y programas de prevención dirigidos a las personas jóvenes trabajadoras del sexo y otros grupos de población clave (154). En el caso de los adolescentes que presentan un mayor riesgo de infectarse con el VIH, el conjunto de intervenciones debe ampliarse con la administración de profilaxis anterior a la exposición (154). Los datos aportados por las investigaciones y la experiencia obtenida con los programas aplicados apuntan a la importancia de que la facilitación de información, orientación y productos básicos y la prestación de servicios de salud se combinen con medidas estructurales, como el apoyo jurídico y normativo para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y la movilización comunitaria para abordar las normas sociales y de género (154). En lo que respecta al tratamiento y la atención, se ha demostrado que comenzar rápidamente el tratamiento antirretrovírico para suprimir el virus en las personas que viven con el VIH reduce las tasas de transmisión del VIH por vía sexual y los eventos clínicos (155). Además, la autodetección del VIH y las pruebas de detección y el tratamiento en el ámbito comunitario pueden mejorar las cifras relativas al diagnóstico del VIH, el comienzo del tratamiento antirretrovírico y la supresión viral con éxito (156). Por último, es preciso incluir las intervenciones de salud mental en el conjunto de servicios de atención a la infección por el VIH para todas las personas que viven con el virus, en particular para los adolescentes. Estas intervenciones se deben integrar o vincular con los servicios de salud en aquellos lugares en que dispone de infraestructura sanitaria y recursos humanos capacitados (147).

Sin embargo, debe prestarse atención a las estrategias de prevención y su aplicación y al acceso y el suministro de servicios de alta calidad. Solo 64 de los 107 países que proporcionaron información a ONUSIDA en 2016 disponían de una estrategia o un plan en relación con los adolescentes y el VIH (151). La mayoría de los adolescentes carecen de conocimientos básicos sobre prevención del VIH: entre 2012 y 2017, tan solo el 34% de los hombres jóvenes y el 28% de las mujeres jóvenes del África subsahariana tenían un buen conocimiento sobre la transmisión del VIH (150). Además, a las muchachas adolescentes en particular les puede resultar imposible negociar el uso de preservativos a causa de sus bajos niveles de independencia económica, la violencia interpersonal y las diferencias de poder basadas en la edad y el sexo (150). Entre 2011 y 2016, menos del 50% de las mujeres de 15 a 24 años de 31 países y de los hombres de la misma franja de edad de 18 países utilizaron preservativos en las relaciones sexuales de alto riesgo que mantuvieron en los últimos 12 meses (154). Por lo tanto, las opciones controladas por las mujeres, como la profilaxis anterior a la exposición, ofrecen una alternativa de prevención más para las mujeres jóvenes en riesgo. Los adolescentes tienen menos probabilidades que los adultos de someterse a pruebas de detección del VIH; en casi el 60% de los 107 países que facilitaron información se exigía el consentimiento de sus progenitores para recibir tratamiento contra el VIH (151). Las innovaciones como la autodetección del VIH, que consiste en una prueba que el adolescente puede realizar por sí mismo en privado, son otra opción para ampliar los servicios ofrecidos. Sin embargo, es importante que en los kits de autodetección se facilite información sobre orientación y derivación a otros servicios para que los adolescentes puedan obtener respuestas a sus preguntas y estar preparados

para asumir los resultados de la prueba. Los adolescentes infectados por el VIH no reciben la atención necesaria de los servicios especializados en el VIH y presentan niveles de retención en la atención y tasas de supresión viral más bajas que los niños y adultos infectados (152, 157, 158).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a los adolescentes prevención y atención en relación con el VIH. Los Estados están obligados a velar por que los adolescentes tengan acceso a pruebas confidenciales de detección del VIH, a servicios de orientación y a programas de prevención y tratamiento del VIH basados en datos científicos ofrecidos por personal debidamente capacitado que respete plenamente los derechos de los adolescentes a la privacidad y la no discriminación (15, 17). Los Estados también tienen la obligación de asegurar que la salud de los niños y los adolescentes no quede minada por la discriminación, en particular en lo que respecta al VIH (16). La eliminación de obstáculos, como la obligación de disponer de la autorización de un tercero, también está incluida en las obligaciones de los Estados relativas a la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva (15, 17).

7.3 Directrices pertinentes de la OMS

7.3.1 VIH y adolescentes: guía para las pruebas del VIH, la orientación y la atención dirigidas a los adolescentes infectados por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública y consideraciones para los responsables de la formulación de políticas y los directores. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013

Este documento orientativo (159), que es específico para los adolescentes, hace recomendaciones sobre las prioridades, la planificación y la prestación de servicios de pruebas, orientación, tratamiento y atención en relación con el VIH. En líneas generales, describe las recomendaciones para la prestación de servicios relativos al VIH a los adolescentes y presenta las consideraciones operativas, incluidos los principios rectores para la aplicación, la experiencia obtenida con los programas y las enseñanzas extraídas, para los responsables de la formulación de políticas y los directores. El documento orientativo también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Comunidades:

- Considerar la posibilidad de utilizar métodos de carácter comunitario para incrementar los niveles de adhesión al tratamiento y de retención en el proceso asistencial de los adolescentes infectados por el VIH.

Centros de salud – Pruebas de detección del VIH y orientación:

- Epidemias generalizadas, bajas y concentradas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a los adolescentes de los grupos de población clave en todos los entornos.
- Epidemias generalizadas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a todos los adolescentes.

- Epidemias bajas y concentradas: velar por que los servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, sean accesibles a todos los adolescentes.

Centros de salud – divulgación:

- Orientar a los adolescentes sobre los beneficios potenciales y los riesgos que entraña dar a conocer a otras personas su estado con respecto a la infección por el VIH, empoderarlos y ayudarlos a decidir si desean revelar esa información y cuándo, cómo y a quién.

Centros de salud – adhesión al tratamiento y retención en el proceso asistencial:

- Impartir formación a los agentes de salud para incrementar los niveles de adhesión al tratamiento y de retención en el proceso asistencial de los adolescentes infectados por el VIH.

7.3.2 Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a la pareja. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (160), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, es una actualización del documento Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH (161). Ofrece recomendaciones nuevas y orientación adicional sobre los servicios de autodetección del VIH y de asesoramiento para la notificación de la infección a la pareja. En líneas generales, hace recomendaciones para la autodetección del VIH⁷ y la notificación a la pareja.⁸

7.3.3 Directrices unificadas sobre servicios de pruebas de detección del VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (161), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre los servicios de pruebas de detección del VIH. En líneas generales, aborda las cuestiones y los aspectos relativos a la prestación eficaz de los servicios de pruebas del VIH que son comunes a lugares, contextos y grupos de población diversos. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud:

- Epidemias generalizadas, bajas y concentradas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a los adolescentes de los grupos de población clave en todos los entornos.
- Epidemias generalizadas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a todos los adolescentes.
- Epidemias bajas y concentradas: velar por que los servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, sean accesibles a todos los adolescentes.

7 La autodetección del VIH es un proceso en el cual una persona recoge sus propias muestras (secreciones bucales o sangre), realiza una prueba de detección del HIV e interpreta el resultado, por lo general en un entorno privado, ya sea solo o en compañía de una persona de su confianza. Como en todos los métodos de detección del VIH, la autodetección debe ser siempre voluntaria, no coercitiva y no obligatoria.

8 La notificación a la pareja, la divulgación y el rastreo de los contactos se define como el proceso voluntario mediante el cual un profesional capacitado pregunta a las personas infectadas con el VIH por sus parejas sexuales o por las personas con las que consume drogas inyectables y, si la persona infectada está de acuerdo, ofrece a esas personas los servicios de pruebas de detección del VIH. Los servicios de notificación a la pareja se prestan por medio de enfoques pasivos o de asistencia.

- Informar a los adolescentes sobre los beneficios potenciales y los riesgos que entraña dar a conocer que están infectados por el VIH, empoderarlos y ayudarlos a decidir si desean revelar esa información y cuándo, cómo y a quién.

7.3.4 Recomendaciones actualizadas sobre regímenes antirretrovíricos de primera y segunda línea y profilaxis posterior a la exposición y recomendaciones sobre diagnóstico precoz de la infección del VIH en los lactantes. Orientación provisional. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018

Esta directriz (162), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, actualiza las recomendaciones sobre regímenes antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH y sobre el diagnóstico precoz de la infección del VIH en los lactantes. En líneas generales, hace recomendaciones sobre los regímenes de primera línea de preferencia para los adultos, los adolescentes y los niños que comienzan una terapia antirretrovírica, que ahora incluye dolutegravir y raltegravir. También recomienda realizar pruebas virológicas del VIH para diagnosticar la infección por el VIH entre los lactantes y los niños menores de 18 meses e iniciar sin dilación el tratamiento antirretrovírico cuando se recoja una segunda muestra para confirmar el resultado positivo inicial de las pruebas virológicas. Esta directriz hace hincapié en los enfoques orientados a las mujeres con fuertes vinculaciones entre los programas relativos al HIV y la salud sexual y reproductiva como elementos facilitadores fundamentales para la prestación de servicios de calidad a los adolescentes.

7.3.5 Directriz sobre el momento de iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis previa a la exposición para el VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

Esta directriz (163), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, ofrece orientación sobre cuándo debe iniciarse el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis previa a la exposición para el VIH. En líneas generales, indica que es preciso administrar el tratamiento antirretrovírico a todas las personas que viven con el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4, y que se recomienda el uso de profilaxis diaria previa a la exposición por vía oral como opción de prevención en todas las personas que corren un riesgo sustancial de contraer la infección por el VIH como parte de un conjunto de estrategias preventivas. La directriz también hace la siguiente recomendación específica para los adolescentes:

Centros de salud:

- El tratamiento antirretrovírico debe administrarse a todos los adolescentes infectados por el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4.

7.3.6 Directrices sobre la profilaxis posterior a la exposición para el VIH y el uso de la profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones relacionadas con el VIH entre los adultos, los adolescentes y los niños. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014

Esta directriz (164), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones nuevas y actualiza las recomendaciones anteriores que figuran en el documento Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (147) de la OMS, de 2013. En líneas generales, describe los importantes avances conseguidos en el uso de medicamentos antirretrovíricos para prevenir el VIH con enfoques más sencillos a la profilaxis posterior a la exposición y simplifica las indicaciones sobre el uso de cotrimoxazol para prevenir las infecciones

oportunistas, las infecciones bacterianas y el paludismo. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud:

- Se recomienda la profilaxis con cotrimoxazol en los lactantes, los niños y los adolescentes infectados por el VIH, independientemente de su cuadro clínico y su estado inmunitario. Debe darse prioridad a todos los niños menores de 5 años, independientemente del recuento de linfocitos CD4 o del estadio clínico, a los niños con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y a los niños cuyo recuento de linfocitos CD4 sea igual o inferior a 350 células/mm³.
- En los entornos con alta prevalencia de paludismo o infecciones bacterianas graves, la profilaxis con cotrimoxazol debe administrarse hasta la edad adulta.
- En los entornos con baja prevalencia de paludismo e infecciones bacterianas, la profilaxis con cotrimoxazol puede suspenderse en los niños de 5 años o más que estén clínicamente estables o que presenten supresión vírica tras haber seguido un tratamiento antirretrovírico durante al menos seis meses y tengan un recuento de linfocitos CD4 superior a 350 células/mm³.

7.3.7 Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por HIV. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (147), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre el diagnóstico de la infección por el VIH, la atención a las personas infectadas y el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección. En líneas generales, estructura las recomendaciones a lo largo del proceso de realización de pruebas, atención y tratamiento del VIH. En 2018 se publicaron orientaciones actualizadas sobre regímenes antirretrovíricos de primera y segunda línea y profilaxis posterior a la exposición, además de recomendaciones sobre diagnóstico precoz de la infección del VIH en los lactantes (véase la sección 7.3.4). La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Comunidades:

- Considerar la posibilidad de utilizar métodos de carácter comunitario para incrementar los niveles de adhesión al tratamiento y de retención en el proceso asistencial de los adolescentes infectados por el VIH.

Centros de salud – diagnóstico del VIH:

- Epidemias generalizadas, bajas y concentradas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a los adolescentes de los grupos de población clave.
- Epidemias generalizadas: ofrecer servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, a todos los adolescentes.
- Epidemias bajas y concentradas: velar por que los servicios de realización de pruebas de detección del VIH y orientación, vinculados con los servicios de prevención, tratamiento y atención, sean accesibles a todos los adolescentes.

Centros de salud – tratamiento antirretrovírico:

- Administrar el tratamiento antirretrovírico a todos los adolescentes que viven con el VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS y del recuento de linfocitos CD4.
- Asegurarse de que el tratamiento antirretrovírico de primera línea administrado a los adolescentes conste de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos o un inhibidor de la transferencia de cadenas de la integrasa.
- En el caso de los niños mayores o los adolescentes que tienen más opciones terapéuticas a su disposición, considerar la posibilidad de crear regímenes antirretrovíricos de tercera línea con medicamentos nuevos utilizados para el tratamiento en adultos (etravirina, darunavir, raltegravir).

Centros de salud – prevención, detección y tratamiento de las coinfecciones:

- Tuberculosis (TB): administrar profilaxis con cotrimoxazol en los lactantes, los niños y los adolescentes infectados por el VIH y con tuberculosis activa, independientemente de su cuadro clínico y su estado inmunitario.
- Criptococosis: no se recomienda realizar la prueba sistemática de detección de AgCr en adolescentes y niños sin antecedentes de tratamiento antirretrovírico con un tratamiento antimicótico anticipatorio si dan positivo en AgCr antes de iniciar el tratamiento antirretrovírico.

Servicios de salud adaptados a los adolescentes:

- Impartir formación a los agentes de salud para incrementar los niveles de adhesión al tratamiento y de retención en el proceso asistencial de los adolescentes infectados por el VIH.
- Informar a los adolescentes sobre los beneficios potenciales y los riesgos que entraña dar a conocer que están infectados por el VIH, empoderarlos y ayudarlos a decidir si desean revelar esa información y cuándo, cómo y a quién (recomendación condicional).

7.3.8 Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretrovírico. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (165), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones sobre un enfoque de salud pública con respecto a la atención a las personas que presentan una infección avanzada por el VIH y sobre el momento de iniciar el tratamiento antirretrovírico en todas las personas que viven con el VIH. En líneas generales, define un conjunto de intervenciones para la detección, la profilaxis, el inicio sin demora del tratamiento antirretrovírico y la intensificación de la adhesión al tratamiento con el objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas al VIH. También recomienda que se ofrezca el rápido inicio del tratamiento antirretrovírico (en los siete días siguientes tras el diagnóstico) a las personas infectadas por el VIH una vez confirmado el diagnóstico y realizada la evaluación clínica, y que se comience el tratamiento antirretrovírico el mismo día en que se diagnostique el VIH si el paciente está dispuesto a ello, a menos que haya razones clínicas para retrasar el tratamiento.

7.3.9 Directrices unificadas sobre el seguimiento de los pacientes infectados por el VIH y la vigilancia de los casos de forma individualizada. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (166), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, hace recomendaciones unificadas sobre los sistemas de seguimiento para las personas con el VIH como parte de la vigilancia de la salud pública. En líneas generales, recomienda utilizar identificadores únicos para las personas infectadas por el VIH en todos los servicios de salud, utilizar los datos recopilados sistemáticamente sobre atención a los pacientes y proporcionar información sobre los indicadores de los programas, nacionales y mundiales, en particular los referentes a las metas mundiales relativas al VIH.

7.3.10 Integración de la prestación conjunta de servicios relacionados con la tuberculosis y el VIH en un conjunto integral de atención médica para las personas que consumen drogas inyectables: directrices unificadas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (167), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, ofrece orientación unificada sobre la integración de la prestación conjunta de servicios relacionados con la tuberculosis y el VIH en un conjunto integral de atención médica para las personas que consumen drogas inyectables. Se trata de una actualización de las directrices normativas dictadas por la OMS en 2008 sobre la prestación conjunta de dichos servicios. En líneas generales, unifica las recomendaciones más recientes relativas al tratamiento de la tuberculosis (incluida la asociada al VIH), la infección por VIH, las hepatitis víricas B y C y la drogodependencia, además del alcoholismo, la malnutrición, las enfermedades mentales y las necesidades psicosociales.

7.3.11 Directrices sobre la respuesta de salud pública a la farmacorresistencia del VIH antes del tratamiento. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (168), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, ofrece orientación sobre la respuesta de salud pública a la resistencia a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos antes del tratamiento en las personas sin exposición previa a los medicamentos antirretrovíricos y en las personas con exposición previa a esos medicamentos que comienzan o repiten un tratamiento antirretrovírico de primera línea. Constituye un suplemento del documento *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection* (147), de 2016.

7.3.12 Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (43), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos específicas para las mujeres afectadas por el VIH. En líneas generales, describe las estrategias destinadas a crear un entorno propicio y realizar intervenciones que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. También examina las dificultades en materia de aplicación a las que deben hacerse frente en las intervenciones relativas a la salud y la prestación de servicios para lograr la igualdad de género y respetar los derechos humanos. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Centros de salud – servicios de prevención y atención frente al VIH:

- Orientar a las adolescentes sobre los beneficios potenciales y los riesgos que entraña dar a conocer a otras personas su estado con respecto a la infección por el VIH, empoderarlas y ayudarlas a decidir si desean revelar esa información y cuándo, cómo y a quién.
- Administrar el tratamiento antirretrovírico a todas las adolescentes que viven con el VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS y del recuento de linfocitos CD4 (recomendación condicional).

Centros de salud – servicios de salud adaptados a las adolescentes:

- Velar por que en los servicios relacionados con el VIH se presten servicios de salud adaptados a las adolescentes para que estas se impliquen y se obtengan mejores resultados.

7.3.13 Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para grupos de población clave. Actualización de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (20), que es pertinente, pero no específica, para los adolescentes, unifica las recomendaciones sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para cinco grupos de población clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas inyectables, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, trabajadores sexuales y personas transgénero. En líneas generales, presenta un conjunto integral de intervenciones y describe las intervenciones del sector de la salud, los elementos facilitadores fundamentales, la prestación de servicios y el proceso de toma de decisiones, planificación y vigilancia.

7.3.14 Respuesta a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Directrices clínicas de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (42), que es específica para los adolescentes y los niños (de 0 a 18 años de edad), hace recomendaciones para la prestación a los supervivientes de abusos sexuales de atención de alta calidad en función del trauma padecido. En líneas generales, abarca las recomendaciones sobre atención tras una violación y las buenas prácticas para elaborar historiales médicos, realizar exámenes, ofrecer apoyo psicológico y documentar las conclusiones. Cabe destacar que esta directriz también hace hincapié en las consideraciones éticas en los casos en que los prestadores de atención de salud están obligados a informar a las autoridades competentes de abusos sexuales a niños y adolescentes. La directriz resalta asimismo la importancia de promover la seguridad, ofrecer alternativas y respetar los deseos y la autonomía de los niños y adolescentes en lo que concierne a la implicación de los cuidadores. En lo que respecta al VIH, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud:

- Administrar profilaxis posterior a la exposición al VIH, según proceda, a los niños y adolescentes que han sufrido violaciones con penetración oral, vaginal o anal con un pene en un plazo máximo de 72 horas tras producirse el abuso.
- Recetar la administración de medicamentos antirretrovíricos durante 28 días como profilaxis posterior a la exposición al VIH, tras una evaluación inicial de los riesgos.

- Administrar, en la medida de lo posible, un régimen antirretrovírico de triterapia, aunque un régimen con dos fármacos también es eficaz.
- Incluir orientación para los supervivientes de agresiones sexuales o violaciones sobre la adhesión al tratamiento como elemento importante de la administración de profilaxis posterior a la exposición al VIH.

7.3.15 Informe de orientación. Elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales de las mujeres con alto riesgo de infección por VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Este informe de orientación (44), que es pertinente, pero no específico, para las adolescentes, hace recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales por mujeres en riesgo de contraer el VIH.

7.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

Muchos adolescentes no saben cómo prevenir la infección por VIH ni dónde acudir para recibir servicios de prevención (150). Es necesario ofrecer a los adolescentes con riesgo de contraer el VIH toda la gama de métodos e intervenciones eficaces para la prevención de la infección por VIH: información y educación sobre salud sexual y reproductiva (véase la sección 2), preservativos masculinos y femeninos, intervenciones para lograr cambios de comportamiento encaminadas a reducir el número de parejas sexuales, uso de agujas y jeringuillas limpias y terapia de sustitución de opiáceos (por ejemplo, metadona) (20). También deben prestarse servicios de circuncisión médica masculina voluntaria en los entornos en los que existe una carga alta de infección por el VIH, medicamentos antirretrovíricos para la profilaxis previa a la exposición y tratamiento de las personas que viven con el VIH para reducir la carga vírica y evitar la transmisión continua (20). Asimismo, es preciso emprender acciones complementarias, como las concebidas para lograr el cambio de las normas sociales y de género y el empoderamiento económico, con el objeto de abordar las causas estructurales de esta infección (150).

Muchos adolescentes, especialmente en los grupos de poblaciones clave, no conocen su estado con respecto al VIH (151). Los adolescentes necesitan información completa y educación integral sobre el VIH y las pruebas de detección del VIH a las que se pueden someter (43). Es necesario que todos los adolescentes tengan acceso a las pruebas del VIH, incluida la autodetección, vinculadas a los servicios de orientación y tratamiento, sin políticas que impongan obligaciones en cuanto a la edad de consentimiento o la autorización o notificación de los progenitores o tutores (43, 159). Se ha observado un considerable aumento en el número de kits de autodetección del VIH distribuidos a los adolescentes en el ámbito comunitario (160). Las políticas relativas al acceso a las pruebas de detección del VIH, en particular las concernientes a la edad de consentimiento, deben adaptarse o evolucionar para que los adolescentes puedan utilizar este tipo de pruebas (160).

A los adolescentes les resulta difícil acudir a los servicios de prevención y atención frente al VIH y recibir dichos servicios (152, 157, 158). Los servicios deben prestarse en horarios compatibles con el horario escolar, en lugares adecuados que eviten que los adolescentes se preocupen por ser estigmatizados o por que se conozca su estado, y sin imponer tarifas prohibitivas (43, 159). La vinculación con los servicios de atención se puede reforzar con intervenciones realizadas por «pares», la prestación de los servicios en el ámbito comunitario y la participación de grupos de apoyo (20). Además, el acceso a los servicios puede verse afectado por exigencias normativas, como la edad de consentimiento para mantener relaciones sexuales o para someterse a las pruebas de detección del VIH o tratamientos antirretrovíricos (20, 159). Los responsables de la formulación de políticas deben velar por que la normativa con respecto a la edad de consentimiento proteja el derecho de

los adolescentes a tomar decisiones sobre su propia salud y bienestar, atendiendo a los diferentes niveles de madurez y desarrollo. Los dispensadores de los servicios deben conocer las leyes y las políticas que rigen la edad de consentimiento para garantizar que los adolescentes tienen acceso a los servicios que precisan (43, 159).

Con frecuencia, los servicios de prevención y atención frente al VIH no están adaptados a los adolescentes. Los adolescentes pueden toparse con obstáculos específicos en cada una de las fases del diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, y pueden necesitar ayuda para orientarse dentro del sistema de servicios de atención frente a esta infección (159). Los prestadores de atención de salud y el personal de apoyo han de recibir formación y disponer de ayuda para ofrecer información y servicios adaptados a los adolescentes que sean adecuados a su edad (159). Asimismo, es necesario contar con planificación y apoyo eficaces para que los adolescentes puedan orientarse dentro del sistema sanitario (159).

En lo que respecta a la orientación durante el diagnóstico y después de la realización de las pruebas de detección, recibir información sobre la exposición potencial al VIH puede resultar más difícil a nivel emocional para los adolescentes que para los adultos (159). En los programas debe hacerse mucho más hincapié en apoyar a los adolescentes para que puedan comprender su diagnóstico e interpretar la información sobre sus derechos (en especial la relativa a la confidencialidad), vincularlos con las intervenciones esenciales de tratamiento, atención y prevención del VIH y fomentar su capacidad de tomar decisiones fundamentadas en relación con la prevención secundaria (159). También es preciso dar a los adolescentes la oportunidad de formular preguntas y hablar de cuestiones relativas a la sexualidad (159). Los programas deben incluir el seguimiento proactivo y estrategias para que los adolescentes continúen vinculados a los servicios de atención, en particular mediante las tecnologías de comunicación como los teléfonos celulares y el envío de mensajes de texto (20).

En cuanto al tratamiento y las visitas clínicas frecuentes, el tiempo de espera para ser atendidos y la pérdida de horas de escuela desanima a los adolescentes a recibir asistencia médica (159). Para los adolescentes que pasan de la atención pediátrica a la atención adolescente o de la atención adolescente a la atención adulta, las dificultades para orientarse dentro del sistema sanitario, la falta de vinculación entre los servicios pediátricos y los servicios para adultos y la existencia de agentes de salud que no están debidamente preparados para encargarse de esas transiciones imponen barreras adicionales. Es preciso contar con planificación y apoyo eficaces para que las transiciones se produzcan con los mínimos contratiempos posibles (159). En los lugares en los que los controles de la carga vírica están ampliamente disponibles, debe sopesarse el incremento de la frecuencia de dichos controles en los adolescentes que presentan un riesgo mayor de desarrollar resistencia a los antirretrovíricos que otros grupos de edad (159). Además, debe orientarse y ofrecerse apoyo a las jóvenes adolescentes para que accedan a los servicios de anticoncepción y prevención de la transmisión maternoinfantil, ya que las adolescentes infectadas con el VIH tienen más probabilidades que las mujeres adultas infectadas de tener embarazos no deseados, presentar cargas virales detectables durante los embarazos y transmitir el VIH a sus bebés (20).

En lo que concierne a la divulgación del estado serológico, la posible pérdida del apoyo social o económico de la pareja puede resultar particularmente difícil para un adolescente, en especial si su pareja es mayor o ejerce más autoridad en la relación (159). La notificación a la pareja de un adolescente de que está infectado con el VIH o de la exposición al VIH exige al dispensador de atención de salud que adopte una actitud sensible y libre de prejuicios y que reconozca y minimice el riesgo de violencia de pareja (159). Debe ofrecerse a los adolescentes una planificación individualizada sobre cómo, cuándo y a quién dar a conocer el estado con respecto a la infección por el VIH (159). Los profesionales deben reflexionar sobre qué medio de comunicación es más adecuado para los adolescentes a fin de asegurarse de que se les prestan servicios de apoyo si ello resultase necesario (160). Usar las

tecnologías de comunicación, como los teléfonos celulares y el envío de mensajes de texto, puede ser útil para informar sobre el estado serológico, cumplir con el tratamiento y retener a los usuarios en los servicios, en particular los adolescentes y los jóvenes (20).



7.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (169).
- HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2016 (154).
- Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (170).
- The importance of sexual and reproductive health and rights to prevent HIV in adolescent girls and young women in eastern and southern Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (171).

- Clinical manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (172).
- WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (173).

7.6 Aplicación en la práctica de las directrices

Dado que los adolescentes presentan un mayor riesgo de interrupción del tratamiento antirretrovírico o de falta de seguimiento durante el tratamiento, las directrices de la OMS recomiendan que los programas presten apoyo a los adolescentes con VIH en el ámbito de la comunidad para incrementar su retención en el proceso asistencial. Siguiendo esas recomendaciones, la organización sudafricana Kheth'Impilo puso en marcha un innovador programa comunitario de apoyo a la adhesión dirigido a los adolescentes que viven con el VIH en el que se prevé la figura del defensor del paciente (174). Se trata de un agente de salud comunitario que ha recibido formación y que vive y trabaja en la misma zona geográfica que los pacientes. Su cometido principal es vincular los lugares en los que se proporciona tratamiento antirretrovírico con la comunidad, para lo cual ofrece a las personas con el VIH o que padecen tuberculosis, y a sus familias, asesoramiento y apoyo para lograr la adhesión al tratamiento antirretrovírico. En este programa, los defensores del paciente ofrecieron regularmente apoyo psicosocial dirigido a la adhesión al tratamiento a personas que tomaban antirretrovíricos; asimismo, realizaron visitas domiciliarias para abordar los factores que incidían en la adhesión. Las personas que participaron en el programa mejoraron los niveles de retención y supresión vírica.

La organización Africaid, de Zimbabwe, siguió las directrices de la OMS para crear su innovador modelo Zvandiri, que presta servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención en el ámbito de la comunidad a niños y adolescentes infectados por el VIH. Este modelo se ha extendido por todo el país (175) y, por medio de personal comunitario capacitado y supervisado que presta apoyo al tratamiento para adolescentes, ofrece grupos de ayuda estructurados, respaldo individualizado para la adhesión en el ámbito de la comunidad y orientación para las cuestiones psicosociales de carácter más amplio (176). Estos servicios están integrados en la atención clínica que ofrecen el Gobierno y las clínicas privadas. El modelo Zvandiri ha sido reconocido como práctica óptima por la OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo.

8

Violencia contra las mujeres y las niñas: prevención, apoyo y atención

8.1 Definiciones

Por *violencia de género* se entiende la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad (177).

La *violencia contra la mujer* se refiere a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (178).

Por *violencia de pareja* (VP) se entiende el comportamiento de la pareja actual o de una pareja anterior que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control (179).

La *violencia sexual* comprende cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Incluye la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (179).

8.2 Justificación

La violencia de género contra las adolescentes constituye un grave problema. Entre las adolescentes de 15 a 19 años que han tenido pareja, la prevalencia durante la vida de la VP es del 29% (180). La prevalencia del abuso sexual de los niños en todo el mundo se cifra en aproximadamente el 18% en el caso de las niñas y el 8% en el caso de los niños (181). La violencia de género tiene su raíz en la desigualdad de género. Por ejemplo, las actitudes que justifican la violencia contra las mujeres y las niñas a menudo están ampliamente extendidas entre hombres y entre mujeres y el acoso sexual está generalizado, incluso en instituciones supuestamente seguras, como las escuelas (182, 183).

La violencia de género entre las adolescentes tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales. La violencia de pareja puede aumentar el riesgo de las jóvenes de quedarse embarazadas sin desearlo y de sufrir abortos inducidos (a menudo en condiciones peligrosas) (180). En algunas situaciones, la VP también aumenta el riesgo de las niñas y las mujeres de contraer el VIH e infecciones de transmisión sexual (180). En lo que concierne a la salud mental, el abuso sexual de niños y adolescentes y la VP están relacionados con un mayor riesgo de padecer depresión o síndrome de estrés postraumático, abrigar ideas de suicidio e intentar suicidarse (180, 184). El abuso sexual de niños y adolescentes es un factor de riesgo de diversos problemas de conducta durante la adolescencia y en la edad adulta, entre ellos las prácticas sexuales de riesgo, el consumo perjudicial de alcohol y el consumo de sustancias (185).

La prevención, el apoyo y la atención con respecto a la violencia de género han demostrado su eficacia. Existen datos que indican que los programas de apoyo a la crianza de los hijos para prevenir el maltrato y la desatención de los niños pueden ayudar a prevenir la VP en etapas posteriores de la vida (186). Otras estrategias de intervención prometedoras son las relativas a la violencia en las citas amorosas aplicadas en las escuelas y las que tienen por objeto fomentar actitudes favorables a la igualdad de género entre niños y niñas aplicadas en el ámbito comunitario (186). Los programas que han demostrado una mayor eficacia son también los que incorporan una acción multisectorial y multinivel y coordinación intersectorial, recurren a las inversiones a más largo plazo y a la repetición de la exposición a determinadas ideas a lo largo del tiempo, dan un papel esencial a los análisis sobre género y poder, y responden a las supervivientes oportunamente con empatía (187, 188).

Sin embargo, deben fortalecerse las leyes y políticas, las estrategias de prevención y su aplicación, y el acceso a servicios de apoyo y atención de alta calidad. Las labores de prevención suelen llevarse a cabo de forma fragmentaria y por medio de proyectos a pequeña escala (187). Las mujeres y las niñas víctimas de violencia se enfrentan a grandes dificultades para revelar su situación, como son la estigmatización, la vergüenza y la culpa; muy pocas supervivientes (entre el 10% y el 40%) recurren a alguna institución oficial para recibir ayuda médica o legal (184, 189). Si bien los prestadores de atención de salud son probablemente los primeros profesionales con los que establecen contacto las mujeres y las niñas víctimas de violencia sexual o de pareja, el número de profesionales sanitarios preparados con medios para identificar ese tipo de violencia y responder a ella es limitado (47, 187). La cobertura y la calidad de los servicios, en especial de los dedicados a la salud mental, también son limitadas, a menudo fragmentadas y se concentran en las ciudades (187). Además, aunque la mayoría de los países han aprobado leyes para responsabilizar a los agresores por sus acciones, su cumplimiento es escaso en muchos casos (187). Los planes y las políticas nacionales para luchar contra la violencia no disponen de los recursos necesarios y falta coordinación intersectorial para abordar las diferentes formas de violencia, como también falta coordinación dentro del sistema sanitario entre los diversos programas y servicios (187).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de prevenir y abordar la violencia contra las mujeres y las niñas y ofrecerles apoyo y atención. Los Estados están obligados a adoptar de manera inmediata todas las medidas adecuadas para eliminar la violencia de género, incluida la cometida por agentes estatales y no estatales (16, 102). La actuación del Estado a este respecto debe comprender la prevención de la violencia de género y la respuesta ante ella en todas las esferas de la vida, en particular en el seno de la familia, las comunidades y las escuelas y en los entornos en línea u otros entornos digitales (17, 102).

8.3 Directrices pertinentes de la OMS

8.3.1 Respuesta a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales.

Directrices clínicas de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (42), que es específica para los adolescentes y los niños (de 0 a 18 años de edad), hace recomendaciones para la prestación a los supervivientes de abusos sexuales de atención de alta calidad en función del trauma padecido. En líneas generales, abarca las recomendaciones sobre atención tras una violación y las buenas prácticas para elaborar historiales médicos, realizar exámenes, ofrecer apoyo psicológico y documentar las conclusiones. Cabe destacar que esta directriz también hace hincapié en

las consideraciones éticas en los casos en que los prestadores de atención de salud están obligados a informar a las autoridades competentes de abusos sexuales a niños y adolescentes. La directriz resalta asimismo la importancia de promover la seguridad, ofrecer alternativas y respetar los deseos y la autonomía de los niños y adolescentes en lo que concierne a la implicación de los cuidadores. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes:

Centros de salud – profilaxis posterior a la exposición al VIH y adhesión al tratamiento:

- Administrar profilaxis posterior a la exposición al VIH, según proceda, a los niños y adolescentes que han sufrido violaciones con penetración oral, vaginal o anal con un pene en un plazo máximo de 72 horas tras producirse el abuso.
- Recetar la administración de medicamentos antirretrovíricos durante 28 días como profilaxis posterior a la exposición al VIH, tras una evaluación inicial de los riesgos.
- Lo ideal es administrar un régimen de triterapia, pero un régimen con dos fármacos también es eficaz.
- Incluir orientación para los supervivientes de agresiones sexuales o violaciones sobre la adhesión al tratamiento como elemento importante de la administración de profilaxis posterior a la exposición al VIH.

Centros de salud – prevención del embarazo y tratamiento en las niñas que han sufrido abusos sexuales:

- Ofrecer un método de anticoncepción de emergencia a las niñas que hayan sido violadas con penetración vaginal con un pene en un plazo máximo de 120 horas (cinco días) desde que se produjo la violación.

Centros de salud – profilaxis posterior a la exposición para las ITS que se pueden curar o prevenir mediante vacunación:

- Ofrecer tratamiento preventivo (o profiláctico) para la gonorrea, la clamidiasis y la sífilis a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales en los que ha habido contacto oral, genital o anal con un pene o ha habido sexo oral, en especial en los lugares en los que no es viable realizar pruebas de laboratorio.
- Ofrecer el tratamiento de los casos sindrómicos en el caso de los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales y presentan síntomas clínicos (flujo vaginal o exudado uretral —gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, úlceras genitales—, virus del herpes simple, sífilis, chancroide), en especial en los lugares en los que no es viable realizar pruebas de laboratorio.
- Administrar vacunas contra la hepatitis B sin inmunoglobulina de hepatitis B, conforme a las directrices nacionales.
- Vacunar contra el VPH a las niñas de entre 9 y 14 años, conforme a las directrices nacionales.

Centros de salud – intervenciones de salud mental y psicológica a corto y largo plazo:

- No recurrir a sesiones breves de atención psicológica para intentar reducir el riesgo de estrés postraumático, la ansiedad o los síntomas de depresión.

- Considerar la posibilidad de utilizar la terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma en los niños y los adolescentes que han sufrido abusos sexuales y presentan síntomas de síndrome de estrés posttraumático.
- Considerar la posibilidad de utilizar la terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma, cuando sea seguro y apropiado, en la que participe al menos un cuidador de confianza, en los niños y los adolescentes que han sufrido abusos sexuales y presentan síntomas de síndrome de estrés y en sus cuidadores de confianza.
- Ofrecer intervenciones psicológicas (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual) a los niños y los adolescentes que padecen trastornos del comportamiento y ofrecer a sus cuidadores de confianza formación sobre las aptitudes que necesitan para cuidar de ellos.
- Ofrecer intervenciones psicológicas (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal) a los niños y los adolescentes que padecen trastornos emocionales y ofrecer a sus cuidadores de confianza formación sobre las aptitudes que necesitan para cuidar de ellos.

8.3.2 Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013

Esta directriz (46), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones para responder ante la violencia sexual y de pareja contra las mujeres y las niñas en entornos con pocos recursos. En líneas generales, abarca la detección y la atención clínica de los casos de VP, la atención clínica en los casos de agresión sexual, la formación sobre VP y agresiones sexuales contra las mujeres, los enfoques normativos y programáticos para la prestación de servicios y la notificación obligatoria de la VP.

8.3.3 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta a la violencia contra las mujeres y las niñas, en particular las relaciones sexuales bajo coacción, esta directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Comunidades:

- Crear normas sociales favorables que no toleren las relaciones sexuales bajo coacción.
- Aplicar intervenciones para implicar a los hombres y los niños en la valoración crítica de las normas de género y los comportamientos normativos (por ejemplo, los enfoques que transforman las relaciones entre géneros) relacionados con el sexo bajo coacción y la violencia sexual. Combinar estas intervenciones con otras de carácter más amplio con el objeto de influir en las normas sociales relativas a estas cuestiones.

Individuos:

- Aplicar intervenciones orientadas a que las adolescentes se opongan a mantener relaciones sexuales forzadas y obtengan ayuda en el caso de haberlas mantenido por medio del fortalecimiento de su autoestima, el desarrollo de habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación, y la mejora de sus vínculos con las redes sociales y su capacidad de lograr apoyo. Estas intervenciones deben combinarse con otras encaminadas a crear normas sociales favorables que no toleren las relaciones sexuales bajo coacción.
- Aplicar programas destinados al desarrollo de habilidades para la vida en relación con la comunicación y la negociación.

8.3.4 Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

Esta directriz (43), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, unifica las recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos específicas para las mujeres afectadas por el VIH. En líneas generales, describe las estrategias destinadas a crear un entorno propicio y realizar intervenciones que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. También examina las dificultades en materia de aplicación a las que deben hacerse frente en las intervenciones relativas a la salud y la prestación de servicios para lograr la igualdad de género y respetar los derechos humanos.

8.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

En los lugares donde se cuenta con servicios para prevenir y responder a la violencia de género, con frecuencia dichos servicios se prestan de manera experimental y no están extendidos; se ofrecen de forma fragmentaria y no están integrados en las plataformas existentes; además, la colaboración y la coordinación intersectoriales son escasas. Para llegar a las personas que necesitan atención y velar por la sostenibilidad de la labor a este respecto, el apoyo y la atención a las adolescentes víctimas de violencia sexual y de pareja no deben considerarse intervenciones independientes, sino que deben integrarse en los programas y los servicios dedicados a la salud sexual y reproductiva, el VIH, la salud mental y la salud de los adolescentes (187). Además, aunque la respuesta del sector de salud es un elemento esencial para luchar contra la violencia infligida a las adolescentes, debe complementarse con intervenciones multisectoriales y en el ámbito de la comunidad que combatan las normas de género perjudiciales y las actitudes que justifican o toleran la violencia contra las mujeres y las niñas (187).

La mayor parte de los prestadores de atención de salud no están preparados para abordar la violencia de género, en particular en lo que respecta a la notificación de los abusos sexuales. Los prestadores de atención de salud necesitan formación y apoyo continuo para ofrecer una atención que esté enfocada a las niñas y las adolescentes, sea adecuada a la edad, responda a las necesidades de las adolescentes y tenga en cuenta la evolución de la capacidad de las adolescentes para determinar el mejor momento y la mejor manera de hacer participar a los padres, los tutores legales u otros cuidadores (42, 187). Al notificar un abuso sexual, donde sea obligatorio por ley, deben tenerse en cuenta aquellas situaciones en que los sistemas de protección no tienen un funcionamiento óptimo y en que las adolescentes que no han alcanzado la mayoría de edad sexual puedan estar manteniendo relaciones sexuales consentidas con otros adolescentes (46).

A menudo, las adolescentes no recurren a los servicios de prevención, apoyo y atención de la violencia de género. Es preciso facilitar el uso de estos servicios. Los prestadores de atención de salud, especialmente aquellos que trabajan en las comunidades, pueden dar a conocer los signos, los síntomas y las repercusiones en la salud de la VP y los abusos sexuales y sensibilizar sobre la necesidad de reducir el estigma y recibir asistencia oportunamente, a fin de promover el uso de estos servicios (189).



8.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (187).
- INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (190).
- Global guidance on addressing school-related gender-based violence. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2016 (191).

- 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (192).
- What works to prevent partner violence? An evidence overview. Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011 (193).
- Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 56(1):S42–S50 (186).

8.6 Aplicación en la práctica de las directrices

Las directrices de la OMS publicadas en los documentos *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women (46)* y *Responding to Children and Adolescents who Have Been Sexually Abused (42)* se están aplicando en la actualidad en el Pakistán. Se elaboró un manual clínico orientado a los supervivientes de violencia sexual o de pareja a modo de instrumento de aplicación de las directrices. Este instrumento ofrece orientación práctica y contiene guías de ayuda e instrucciones para prestar atención clínica. En 2016 el Ministerio de Salud pakistaní, con el apoyo de la OMS, adaptó y aprobó un manual clínico actualizado que incluía un capítulo sobre la respuesta a los abusos sexuales en niños y adolescentes. En 2018 se celebraron dos sesiones de formación para instructores con doctores y auxiliares médicas en las provincias de Punjab y Khyber Pakhtunkhwa en las que se utilizó el manual clínico adaptado. En la actualidad se están elaborando planes para ofrecer «formación en cascada» hasta el nivel de distrito. Además, la provincia de Punjab está creando un componente de seguimiento y evaluación para valorar las mejoras en cuanto a conocimientos, actitudes y aptitudes del personal sanitario y la provincia de Khyber Pakhtunkhwa realizará una evaluación de la preparación de los centros de salud para identificar los cambios que deben aplicarse en la prestación de servicios. Se evaluará si ha aumentado el uso de las directrices, para lo cual se valorarán los cambios producidos en los conocimientos, actitudes y aptitudes con respecto a la respuesta a la violencia.

9

Prevención de las prácticas tradicionales nocivas

9.1 Definiciones

Por *prácticas culturales tradicionales* se entienden los valores y las creencias compartidos por los miembros de una comunidad durante periodos que suelen abarcar varias generaciones (194). Todos los grupos sociales del mundo tienen creencias y prácticas culturales propias; algunas de ellas son beneficiosas, otras no son ni beneficiosas ni perjudiciales y otras pueden ser nocivas para un grupo de personas determinado, en particular para las mujeres (194). Entre esas prácticas tradicionales nocivas cabe citar la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil, el infanticidio femenino, el estigma relacionado con la menstruación y las prácticas de nutrición (194).

La *mutilación genital femenina (MGF)* se refiere a cualquier procedimiento de resección parcial o total de los genitales externos o que provoca cualquier otro tipo de lesiones a los órganos genitales femeninos (por ejemplo, coser los labios mayores o perforar el clítoris) por motivos no médicos (195). La OMS clasifica la MGF en cuatro tipos (196).⁹

Por *matrimonio infantil* se entiende un matrimonio formal o una unión informal antes de los 18 años de edad (197).

9.2 Justificación

Las prácticas tradicionales nocivas entre las adolescentes constituyen un grave problema. Se calcula que más de 200 millones de niñas y mujeres sufren los efectos de la MGF, que se practica principalmente en las muchachas menores de 18 años (198). La MGF es un problema de alcance mundial, con mayor prevalencia en 30 países de África y algunos países de Asia y Oriente Medio (198, 199). En países como Djibouti, Guinea, Malí, Somalia y el Sudán, la prevalencia de la MGF supera el 75% entre las mujeres y niñas de 15 a 49 años (200). No obstante, las estimaciones indican que, si bien la MGF sigue siendo habitual en numerosos lugares, las probabilidades de que una adolescente sufra algún tipo de MGF en la actualidad se han reducido en un tercio en comparación con 30 años atrás (201).

Cada año, aproximadamente 12 millones de niñas se casan antes de los 18 años (202). En todo el mundo, las niñas tienen cinco veces más probabilidades de casarse antes de los 15 años que los niños (203). En 25 países de alta prevalencia, en torno al 36% de las mujeres de 18 a 22 años se han casado antes de los 18 años (204). A escala mundial, la proporción de mujeres que se casaron siendo niñas se redujo un 15% en el último decenio (202). Sin embargo, la evolución ha sido irregular en

9 Tipo I: resección parcial o total del glande del clítoris (clitoridectomía) o del prepucio; tipo II: resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores (excisión); tipo III: estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, con o sin excisión del prepucio y el glande del clítoris (infibulación); tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización.

función de la región: mientras que en África del Norte y Oriente Medio el porcentaje de niñas que se casan antes de los 18 años se ha reducido a la mitad, y en Asia meridional ha disminuido más de un tercio el riesgo de que una niña se case antes de esa edad, el cambio observado en América Latina y el África subsahariana es de mucho menor calado (202, 205). Paralelamente, los estudios por país apuntan a una enorme variabilidad subnacional en la prevalencia del matrimonio infantil (206, 207).

Las prácticas tradicionales nocivas entre las adolescentes tienen importantes consecuencias sanitarias y sociales. La MGF no aporta ningún beneficio a la salud. Por el contrario, puede provocar problemas de salud inmediatos, como hemorragias, estado de choque, infecciones y la muerte (195). También puede tener consecuencias sanitarias y sociales a largo plazo, como el síndrome de estrés postraumático, problemas menstruales y dolor o molestias en el coito (195). En particular, las mujeres que han sufrido una MGF de tipo III son más propensas a tener dificultades en el parto y hemorragias obstétricas que las mujeres a las que no se les han practicado una MGF (208). Además, los bebés cuyas madres han sufrido MGF presentan un mayor riesgo de mortinatalidad y otras complicaciones neonatales (209).

El 90% de los alumbramientos en adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo se produce dentro del matrimonio y el matrimonio infantil es la causa probable de los partos prematuros en el 75% de las adolescentes que tienen su primer hijo antes de los 18 años en 25 países con prevalencia alta (210). Los embarazos de adolescentes están relacionados con diversas consecuencias negativas para la salud, especialmente entre las niñas de 10 a 14 años (véanse las secciones 3 y 4) (33, 211). Asimismo, las mujeres que se casan antes de los 18 años pueden tener mayor riesgo de padecer VP (véase la sección 8) (210). El matrimonio infantil también tiene repercusiones negativas en el nivel educativo, la matriculación en escuelas de enseñanza secundaria y la finalización de la educación secundaria en el caso de las niñas, así como en el nivel educativo de los hijos de las mujeres que se casan antes de cumplir los 18 años (210).

Las intervenciones de prevención de las prácticas tradicionales nocivas han demostrado su eficacia. Las intervenciones que reúnen diversos componentes, en particular aquellas que prevén estrategias de movilización de la comunidad y de empoderamiento femenino, pueden mejorar los resultados en materia de salud sexual y reproductiva de las adolescentes y reducir la MGF (212). Otras estrategias de intervención prometedoras son las relativas a la legislación contra la MGF, la orientación sobre prevención en el entorno sanitario, la educación sobre los riesgos sanitarios asociados con la MGF, la formación de los agentes de salud, la formación y conversión de los circuncisores, la promoción de ritos alternativos (en ciertos lugares), el uso de la desviación positiva y el desarrollo social integral que incluya tareas de divulgación y promoción (212).

Para evitar el matrimonio infantil, las intervenciones deben ser multisectoriales, de modo que abarquen las numerosas causas del problema, y deben estar orientadas a la adopción y la aplicación de leyes y políticas, la movilización de las familias y las comunidades, la prestación de servicios sanitarios, sociales y jurídicos, y el empoderamiento de las adolescentes (18). Los enfoques centrados en la adquisición de habilidades para la vida y el empoderamiento son estrategias de intervención prometedoras a este respecto (213, 214). En algunos contextos, las intervenciones económicas en forma de transferencias de dinero en efectivo o de programas para reducir los gastos de escolarización han contribuido a disminuir la tasa de matrimonios infantiles y aumentar la edad en que se contrae matrimonio; no obstante, es más probable que sean eficaces si se combinan con acciones para fomentar la confianza de las jóvenes en sí mismas y con vinculaciones a las redes sociales (213, 214). Es más probable que los programas para evitar el matrimonio infantil tengan un efecto positivo si se dirigen directamente a ese tipo de matrimonio y a factores estructurales estrechamente relacionados como la escolarización, y no a cuestiones de carácter más amplio como pueden ser el VIH, la salud sexual y reproductiva o el empoderamiento (213).

Debe prestarse atención a las leyes y políticas y a las estrategias de prevención y también a su aplicación. De los 30 países en los que la MGF es prevalente, 27 cuentan con leyes o decretos que la prohíben; sin embargo, se sigue practicando (215). También hay nuevas evidencias que indican que los prestadores de atención de salud cada vez practican más mutilaciones en diferentes lugares (216). Por lo tanto, la vigilancia del cumplimiento de las leyes y las políticas presenta importantes deficiencias que dificultan la prevención de la MGF. Además, se carece de datos científicos que indiquen los componentes y las secuencias de las intervenciones programáticas que tienen una mayor repercusión en el comportamiento individual y en el cambio de las normas sociales con respecto a la MGF. También es preciso acelerar la aplicación de las estrategias prometedoras y evaluar su eficacia (217).

En todo el mundo hay 99 países que cuentan con leyes que permiten a las adolescentes casarse antes de cumplir 18 años si sus padres dan su consentimiento (218). Además, en 30 países que han adoptado leyes que prohíben el matrimonio infantil, las adolescentes pueden carecer de protección legal si se tienen en cuenta el derecho consuetudinario y la ley religiosa (218). Es preciso adoptar leyes modelo de índole regional, como la ley para la erradicación del matrimonio infantil y la protección de los niños ya casados del foro parlamentario de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo, y debe prestarse apoyo a los países para que puedan aplicar leyes conforme a esos modelos y vigilar su aplicación (219). Puesto que los datos demuestran claramente que las leyes por sí solas no son suficientes para prevenir el matrimonio infantil, los cambios legislativos deben complementarse con programas como los descritos anteriormente que tengan por objeto empoderar a las adolescentes, crear normas de género equitativas y promover la adquisición de un mayor nivel educativo entre las adolescentes (18).

Los Estados, en virtud de las normas de derechos humanos, tienen la obligación de prevenir las prácticas tradicionales nocivas y combatirlas. Las normas sobre derechos humanos abogan por un enfoque holístico a la prevención y la eliminación de las prácticas nocivas. Los Estados deben adoptar medidas legislativas para prohibir explícitamente estas prácticas, que son una forma de violencia de género, y aplicar las sanciones que correspondan junto con otras medidas de carácter jurídico, político y social (102, 220). Tales medidas deben abarcar la atención a las causas fundamentales de las prácticas nocivas, el fortalecimiento de las capacidades en todos los niveles y la protección para las mujeres y las niñas que han sido víctimas de esas prácticas (220).

9.3 Directrices pertinentes de la OMS

9.3.1 Directrices de la OMS sobre el tratamiento de las complicaciones en la salud ocasionadas por la mutilación genital femenina. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016

Esta directriz (195), que es pertinente, pero no específica, para las adolescentes, hace recomendaciones sobre el tratamiento de las complicaciones en la salud causadas por la MGF. En líneas generales, abarca la prevención y el tratamiento de las complicaciones obstétricas, ginecológicas o urológicas, la promoción de la salud mental y la salud sexual femenina, y la provisión de información y educación. La directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Centros de salud – desinfibulación:

- Practicar la desinfibulación para prevenir y tratar las complicaciones urológicas, en particular las infecciones recurrentes del tracto urinario y la retención de orina, en las niñas y las mujeres que han sido sometidas a una MGF de tipo III.

Centros de salud – salud mental:

- Considerar la posibilidad de utilizar la terapia cognitivo-conductual en las niñas y las mujeres que hayan sufrido MGF y experimenten síntomas indicativos de trastornos de ansiedad, depresión o síndrome de estrés postraumático.

9.3.2 Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. Con respecto a las prácticas tradicionales nocivas, y en particular al matrimonio infantil, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

Políticas:

- Instar a los líderes políticos, los planificadores y los dirigentes de comunidades a que formulen y apliquen leyes y políticas que prohíban el matrimonio de las niñas menores de 18 años.

Comunidades:

- Efectuar intervenciones para influir en las normas familiares y comunitarias a fin de retrasar hasta los 18 años la edad mínima de las niñas para contraer matrimonio. Estas intervenciones deben llevarse a cabo junto con intervenciones destinadas a los líderes políticos y los planificadores.
- Incrementar las oportunidades educativas de las niñas por medio de canales formales e informales con el objeto de retrasar el matrimonio hasta los 18 años de edad.

Individuos:

- Realizar intervenciones para informar y empoderar a las niñas, junto con intervenciones para influir en las normas familiares y comunitarias, destinadas a retrasar la edad de matrimonio de las niñas hasta los 18 años.

9.4 Conceptos fundamentales que deben tenerse en cuenta

La MGF y el matrimonio infantil son prácticas tradicionales muy arraigadas que no se pueden erradicar con intervenciones breves con un solo componente. La lucha contra la MGF y el matrimonio infantil exige intervenciones multinivel a largo plazo (18, 195). Es necesario efectuar intervenciones que tengan por objeto velar por que exista voluntad política y financiación para la lucha contra las prácticas tradicionales

nocivas, mejorar los marcos legislativos y los mecanismos de observancia conexos, reforzar los sistemas de registro civil que acreditan la edad de los niños para poder notificar los matrimonios infantiles, y actuar en el ámbito de la comunidad para abordar el derecho consuetudinario, las leyes religiosas y las normas sociales que toleran esas prácticas (18, 212). Estas acciones deben complementarse con esfuerzos para aumentar las oportunidades educativas y de empleo de las adolescentes.

Puede que las personas que ocupan posiciones de liderazgo, en especial los prestadores de atención de salud, también apoyen la MGF o el matrimonio infantil (215). Todas las partes interesadas, en los niveles comunitario, nacional, regional e internacional, deben participar en la prevención de la MGF y el matrimonio infantil (195). En lo que respecta a la MGF, los prestadores de atención de salud deben recibir información sobre los diferentes tipos de MGF y los riesgos sanitarios inmediatos y a largo plazo asociados, a fin de que puedan ayudar a prevenir esa práctica (195). La medicalización de la MGF (es decir, la MGF practicada por prestadores de atención de salud) nunca es aceptable, ya que viola la ética médica: se trata de una práctica nociva, la medicalización la perpetúa y los riesgos del procedimiento superan a cualquier beneficio que pudiera percibirse (195).

Muchas adolescentes víctimas de MGF o que han contraído matrimonio antes de los 18 años no tienen acceso a los servicios de atención y apoyo. Además, puede que las niñas y las mujeres retrasen el momento de acudir a recibir atención porque se sienten incómodas o avergonzadas (195). Las adolescentes y otras partes interesadas deben conocer las consecuencias de la MGF y el matrimonio infantil y saber qué servicios sanitarios, sociales y jurídicos tienen a su disposición. Las niñas casadas y las que han sido sometidas a MGF tienen que poder acceder a servicios de atención que incluyan los aspectos físicos y psicosociales y a servicios de apoyo para sobrellevar las consecuencias sanitarias y sociales inmediatas y a largo plazo (18, 195).



9.5 Documentos clave que complementan las directrices de la OMS

- Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (196).
- Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery – a teacher’s guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (221).
- Interagency statement on eliminating female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (222).
- Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (223).
- Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016, 59(4 Suppl.):S11–S28 (212).
- Kalamar AM, Lee-Rife S, Hindin MJ. Interventions to prevent child marriage among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016, 59(3 Suppl.):S16–S21 (213).
- Ending child marriage: progress and prospects. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014 (205).
- Wodon QT, Male C, Nayihouba KA, Onagoruwa AO, Savadogo A, Yedan A, et al. Economic impacts of child marriage: global synthesis report. Washington D.C., Grupo del Banco Mundial, 2017 (210).

9.6 Aplicación en la práctica de las directrices

En abril de 2016 el Ministerio de Género de Zambia finalizó y puso en marcha una estrategia nacional para acabar con el matrimonio infantil. En diciembre de 2017 se elaboró un plan de acción nacional multisectorial con el desglose de los costos, cuya finalidad era servir de guía para dar una respuesta completa e integrada al matrimonio infantil. Ambos documentos se elaboraron con el apoyo técnico del Programa Mundial de las Naciones Unidas para Acelerar las Acciones para Terminar con el Matrimonio Infantil y están armonizados con las directrices que figuran en el documento *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries* (18). Se seleccionaron dos distritos piloto para la aplicación inicial del plan de acción multisectorial. Asimismo, la Asamblea Nacional de Zambia y la Unión Interparlamentaria organizaron un seminario parlamentario dedicado al matrimonio infantil, precoz y forzado, en el que se elaboró una lista de acciones para que los parlamentarios desempeñasen una función más activa en el proceso de aplicación nacional, como por ejemplo fomentar la adopción de leyes, la vigilancia, la asignación presupuestaria y la representación (224).

Referencias

- 1 Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016-2030. Ginebra, Todas las mujeres, todos los niños, 2015.
- 2 Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HAI): guidance to support country implementation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 3 La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 4 Edición revisada: Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2018.
- 5 Chandra-Mouli V, Vipul Patel S. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2017, 1(14):14-30.
- 6 Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. Nueva York, Guttmacher Institute, 2015 (<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health>).
- 7 Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets – global AIDS update. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2017 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017).
- 8 Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014, 9(3):e89692.
- 9 Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2010, 14(7):1-206,iii-iv.
- 10 Kivela J, Ketting E, Baltussen R. Cost analysis of school-based sexuality education programs in six countries. *Cost Eff Resour Alloc*. 2013, 11:17-17.
- 11 Kivela-Kempers J, Ketting E, Baltussen R. Cost and cost-effectiveness analysis of school-based sexuality education programmes in six countries. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2011.
- 12 Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2016.

- 13 Emerging evidence: lessons and practice in comprehensive sexuality education – a global review. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2015.
- 14 Reducir la pobreza en el mundo gracias a la enseñanza primaria y secundaria universal. Los niños, adolescentes y jóvenes no escolarizados: situación y tendencias en el mundo. Documento de política 32, ficha descriptiva 44. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2017.
- 15 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general n.º 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Nueva York, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2016.
- 16 Comité de los Derechos del Niño. Observación general n.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Nueva York, Naciones Unidas, 2013.
- 17 Comité de los Derechos del Niño. Observación general n.º 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. Nueva York, Naciones Unidas, 2016.
- 18 WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries (puede consultarse un resumen en español en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 19 Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 20 Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para grupos de población clave: Actualización de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 21 Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Colonia, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA), 2010.
- 22 Standards for sexuality education in Europe: guidance for implementation. Colonia, Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA), 2013.
- 23 Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014.
- 24 La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.
- 25 Prevenir con educación. Declaración Ministerial. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2008.
- 26 Ministerial Commitment on Comprehensive Sexuality Education and Sexual and Reproductive Health Services for Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa. Ciudad del Cabo, 2013.
- 27 Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Van Look PF, et al. Moving towards the goals of FP2020: classifying contraceptives. *Contraception*. 2016, 94(4):289-294.

- 28 Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Nueva York, Guttmacher Institute, 2016.
- 29 Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue – new estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012, 91(9):1114-1118.
- 30 Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.
- 31 Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 32 Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 – estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (puede consultarse una sinopsis de la publicación en español en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 33 Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014, 121 (Suppl. 1):40-48.
- 34 Kozuki N, Lee ACC, Silveira MF, Victora CG, Adair L, Humphrey J, et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta- analysis. *BMC Publ Health.* 2013, 13 (Suppl. 3):S3–S3.
- 35 Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: a review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Health Sci Pract.* 2017, 5(4):547.
- 36 Adolescent pregnancy: a review of the evidence. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013.
- 37 Merrick T. Making the case for investing in adolescent reproductive health: a review of evidence and PopPov research contributions. Washington D.C., Population and Poverty Research Initiative y Population Reference Bureau, 2015.
- 38 Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 39 Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, Lane C, Hainsworth G, Wong S, et al. A never- before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health.* 2017, 14(1):85.
- 40 Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edn. (puede consultarse el resumen ejecutivo en español en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 41 Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 42 Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

- 43 Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV (puede consultarse el resumen ejecutivo en español en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/es/). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 44 Guidance statement: hormonal contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 45 Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 46 Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines (puede consultarse un resumen en español en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 47 Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 48 Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 49 Compendium of WHO recommendations for postpartum family planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 50 Training resource package for family planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.fptraining.org/>).
- 51 Task shifting to improve access to contraceptive methods. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 52 Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: evidence brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 53 Task sharing to improve access to family planning/contraception: summary brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 54 Adolescents and family planning: what the evidence shows. Washington D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2014.
- 55 High-impact Practices (HIPs) in family planning: Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes – Incorporando elementos amigables para adolescentes en los servicios de anticonceptivos existentes. Washington D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2015.
- 56 Youth contraceptive use: effective interventions – a reference guide. Washington D.C., Population Reference Bureau, 2017.
- 57 Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception. Washington D.C., Planificación Familiar 2020 (FP2020), 2017.
- 58 Kabra R, Ali M, Kiarie J. Design and initial implementation of the WHO FP umbrella project to strengthen contraceptive services in the sub Saharan Africa. *Reprod Health*. 2017, 14(1):74.
- 59 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

- 60 Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd edn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 61 Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016, 388(10053):1775–1812.
- 62 Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017, 17(1):65.
- 63 Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. *Conflict Health*. 2015, 9(1):11.
- 64 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general n.º 14, relativa al derecho a la salud. Nueva York, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2000.
- 65 WHO recommendations on maternal health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 66 WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 67 Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by pregnant women. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 68 Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 69 Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 70 Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 71 WHO recommendations for induction of labour. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 72 Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 73 WHO recommendations for intrapartum care for a positive childbirth experience (puede consultarse un resumen en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 74 WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 75 Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 76 WHO recommendations on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

- 77 Daily iron supplementation in postpartum women: guideline. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 78 Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 79 WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 80 Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd edn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 81 Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 82 Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 83 Strengthening midwifery toolkit. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 84 Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
- 85 Tibingana-Ahimbisibwe B, Katabira C, Mpalampa L, Harrison RA. The effectiveness of adolescent-specific prenatal interventions on improving attendance and reducing harm during and after birth: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2016, 30:(3).
- 86 GREAT Network: what we do. GREAT Network (<https://greatnetworkglobal.org/about-us/#whatwedo>).
- 87 Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995, 311(7001):376-380.
- 88 Fitch K, Bernstein S, Aguilar M, Bernard Burnand, Juan Ramon LaCalle, Pablo Lazaro, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2001.
- 89 Straus SE, Moore JE, Uka S, Marquez C, Gulmezoglu AM. Determinants of implementation of maternal health guidelines in Kosovo: mixed methods study. *Implement Sci*. 2013, 8:108.
- 90 Vogel JP, Moore JE, Timmings C, Khan S, Khan DN, Defar A, et al. Barriers, facilitators and priorities for implementation of WHO maternal and perinatal health guidelines in four lower-income countries: a GREAT Network research activity. *PloS One*. 2016,11(11):e0160020.
- 91 International classification of diseases: the global standard for diagnostic health information, 11th revision. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 92 Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017, 390(10 110):2372-2381.
- 93 Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2(6):e323-e333.

- 94 Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. Nueva York, Guttmacher Institute, 2016.
- 95 Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 96 Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004, 103(4):729-737.
- 97 Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. *PloS One.* 2017, 12(3):e0172976.
- 98 Abortion policies and reproductive health around the world. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2014.
- 99 Bayer L, Cheetham N, Robbins S. Youth and unsafe abortion: A global snapshot. Washington D.C., Advocates for Youth, 2011.
- 100 Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reprod Health Matt.* 2004, 12(24 Suppl.):1-8.
- 101 Jewkes R, Rees H, Dickson K, Brown H, Levin J. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG.* 2005, 112(3):355-359.
- 102 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general n.º 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general n.º 19. Nueva York, Naciones Unidas, 2017.
- 103 Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 104 The world health report 2005: make every mother and child count (puede consultarse el panorama general en español en <https://www.who.int/whr/2005/es/>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 105 Global perspectives on unplanned pregnancies: a framework for action from the World Contraception Day Coalition. Berlín, World Contraception Day Coalition, 2014.
- 106 Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 107 Interagency statement: preventing gender-biased sex selection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 108 Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014, 126(1):1-7.
- 109 Provision of abortion care for adolescent and young women: a systematic review. Chapel Hill, NC, Ipas, 2013.
- 110 Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

- 111 Van Look PFA, Cottingham J. The World Health Organization's safe abortion guidance document. *Am J Publ Health*. 2013, 103(4):593-596.
- 112 Comendant R, Sagaidac I, Hodorogea S. Achievements in sexual and reproductive health and rights: improved access and quality of abortion services for women in the Republic of Moldova. *Entre Nous*. 2016, 85:26-27.
- 113 Infecciones de transmisión sexual, nota descriptiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 114 Torrone EA, Morrison CS, Chen P-L, Kwok C, Francis SC, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS Med*. 2018,15(2):e1002511.
- 115 Chlamydia: annual epidemiological report for 2015. Solna, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2017.
- 116 Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis*. 2013, 40(3):187-193.
- 117 Kleppa E, Holmen SD, Lillebo K, Kjetland EF, Gundersen SG, Taylor M, et al. Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infections and HIV – a cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sex Transm Infect*. 2015, 91(2):124-129.
- 118 Sexually transmitted disease surveillance 2016. Atlanta, GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2017.
- 119 Kågesten A, Gibbs S, Blum RW, Moreau C, Chandra-Mouli V, Herbert A, et al. Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS One*. 2016, 11(6):e0157805.
- 120 Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 121 Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 122 Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 123 Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Aids*. 2006, 20(1):73-83.
- 124 Sexton J, Garnett G, Rottingen JA. Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection. *Sex Transm Dis*. 2005, 32(6):351-357.
- 125 Gottlieb SL, Low N, Newman LM, Bolan G, Kamb M, Broutet N. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines. *Vaccine*. 2014, 32(14):1527-1535.

- 126 Johnson HL, Ghanem KG, Zenilman JM, Erbelding EJ. Sexually transmitted infections and adverse pregnancy outcomes among women attending inner city public sexually transmitted diseases clinics. *Sex Transm Dis.* 2011, 38(3):167-171.
- 127 Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* 2013, 10(2):e1001396.
- 128 Cervical cancer incidence and mortality worldwide in 2012. Lyon, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 2012.
- 129 Kalamar AM, Bayer AM, Hindin MJ. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health.* 2016, 59(3 Suppl.):S22-S31.
- 130 Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. *J Adolesc Health.* 2016, 59(1):7-16.
- 131 WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 132 WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 133 WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 134 WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 135 WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 136 Guidelines on hepatitis B and C testing. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 137 Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 138 Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection: updated version, April 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 139 Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 140 Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 141 Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 – recommendations. *Vaccine.* 2017, 35(43):5753-5755.
- 142 Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

- 143 Scaling-up HPV vaccine introduction. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 144 Sexually transmitted diseases: treatment guidelines, 2015. Atlanta, GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015.
- 145 Resumen del proyecto: Lecciones aprendidas de vacunación contra el VPH. Seattle, WA, PATH, 2015.
- 146 VIH/sida – Nota descriptiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 147 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 148 Monitoreo Global del Sida 2018. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2017.
- 149 The gap report: no one left behind. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2014.
- 150 The youth bulge and HIV. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2018.
- 151 Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets – global AIDS update. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2017.
- 152 Slogrove AL, Mahy M, Armstrong A, Davies MA. Living and dying to be counted: what we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *J Int AIDS Soc.* 2017, 20(Suppl. 3):21520.
- 153 Para cada niño, poner fin al sida: Séptimo inventario de la situación de la infancia y el sida, 2016. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016.
- 154 HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2016.
- 155 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New Engl J Med.* 2011, 365(6):493-505.
- 156 Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J, et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in east Africa. *JAMA.* 2017, 317(21):2196-2206.
- 157 Auld AF, Agolory SG, Shiraishi RW, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Mulenga M, et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults: seven African countries, 2004-2013. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2014, 63(47):1097-1103.
- 158 Lamb MR, Fayorsey R, Nuwagaba-Biribonwoha H, Viola V, Mutabazi V, Alwar T, et al. High attrition before and after ART initiation among youth (15-24 years of age) enrolled in HIV care. *Aids.* 2014, 28(4):559-568.
- 159 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV – recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

- 160 Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 161 Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 162 Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 163 Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 164 Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV – related infections among adults, adolescents and children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 165 Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 166 Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 167 Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 168 Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 169 Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 170 Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 171 The importance of sexual and reproductive health and rights to prevent HIV in adolescent girls and young women in eastern and southern Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 172 Clinical manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 173 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 174 Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Malahlela M, Shea J, Eley B. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2012, 15(2):17 381.
- 175 Field lessons: strengthening health services and outcomes for adolescents living with HIV. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013.

- 176 Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Mangenah C, Mvududu K, Bernays S, et al. Evaluating a multi- component, community-based program to improve adherence and retention in care among adolescents living with HIV in Zimbabwe: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2017, 18(1):478.
- 177 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Recomendación general n.º 19. Nueva York, Naciones Unidas, 1992.
- 178 Resolución A/RES/48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 1993.
- 179 Violence against women: intimate partner and sexual violence against women – fact sheet. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 180 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner violence (puede consultarse el resumen de orientación en español en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 181 Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011, 16(2):79-101.
- 182 Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 183 Attitudes and social norms on violence. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017.
- 184 Sumner S, Mercy J, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, et al. Prevalence of sexual violence against children and social services utilization: seven countries, 2007-2013. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2015, 64(21):565-569.
- 185 Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009, 29(7):647-657.
- 186 Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015, 56(1):S42-S50.
- 187 Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 188 Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Ellsberg M. Interventions to prevent or reduce violence against women and girls: a systematic review of reviews. Washington D.C., Grupo del Banco Mundial, 2014.
- 189 Namy S, Carlson C, O'Hara K, Nakuti J, Bukuluki P, Lwanyaaga J, et al. Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Soc Sci Med*. 2017, 184(Suppl. C):40-48.
- 190 INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 191 Global guidance on addressing school-related gender-based violence. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2016.

- 192 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 193 What works to prevent partner violence? An evidence overview. Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011.
- 194 Fact sheet no. 23: harmful traditional practices affecting the health of women and children. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995.
- 195 WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
- 196 Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- 197 Convención sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989. Nueva York, Naciones Unidas, 1989.
- 198 UNICEF data: Female genital mutilation. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018.
- 199 Female genital mutilation/cutting: a global concern. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016.
- 200 Female genital mutilation/cutting: data and trends. Washington D.C., Population Reference Bureau, 2017.
- 201 Female genital mutilation: what might the future hold? Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014.
- 202 Child marriage: latest trends and future prospects. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018.
- 203 UNICEF data: Child marriage. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018.
- 204 Male C, Wodon Q. Child marriage and early childbirth: trend and profile for 25 countries. Washington D.C., Banco Mundial, 2017.
- 205 Ending child marriage: progress and prospects. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014.
- 206 Koski A, Clark S, Nandi A. Has child marriage declined in sub-Saharan Africa? An analysis of trends in 31 countries. *Pop Dev Rev.* 2017, 43(1):7-29.
- 207 Srinivasan P, Khan N, Verma R, Giusti D, Theis J, Chakraborty S. District-level study on child marriage in India: what do we know about the prevalence, trends and patterns? Washington D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2015.
- 208 Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013, 15.

- 209 WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome: female genital mutilation and obstetric outcome – WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006, 367(9525):1835-1841.
- 210 Wodon QT, Male C, Nayihouba KA, Onagoruwa AO, Savadogo A, Yedan A, et al. Economic impacts of child marriage: global synthesis report. Washington D.C., Grupo del Banco Mundial, 2017.
- 211 Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013.
- 212 Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016, 59(4 Suppl.): S11–S28.
- 213 Kalamar AM, Lee-Rife S, Hindin MJ. Interventions to prevent child marriage among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016, 59(3 Suppl.):S16-S21.
- 214 Chae S, Ngo T. The global state of evidence on interventions to prevent child marriage. Nueva York, Population Council, 2017.
- 215 Shell-Duncan B, Naik R, Feldman-Jacobs C. A state of the art synthesis on female genital mutilation/cutting: what do we know? Nueva York, Population Council, 2016.
- 216 Shell-Duncan B, Njue C, Moore Z. The medicalization of female genital mutilation/cutting: what do the data reveal? Nueva York, Population Council, 2017.
- 217 Muteshi JK, Miller S, Belizán JM. The ongoing violence against women: female genital mutilation/cutting. *Reprod Health*. 2016, 13:44.
- 218 Arthur M, Earle A, Raub A, Vincent I, Atabay E, Latz I, et al. Child marriage laws around the world: minimum marriage age, legal exceptions, and gender disparities. *J Women Politics Policy*. 2018, 39(1): 51-74.
- 219 The Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage. Johannesburgo: Southern African Development Community Parliamentary Forum, 2016.
- 220 Recomendación general n.º 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general n.º 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta. Nueva York, Naciones Unidas, 2014.
- 221 Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery – a teacher’s guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 222 Interagency statement on eliminating female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 223 Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 224 Documento final del seminario parlamentario para tomar medidas para poner fin al matrimonio infantil, precoz y forzado. Lusaka, Asamblea Nacional de Zambia, 2018.

Incluso si nos incomoda, tenemos que reconocer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes



Es nuestra responsabilidad darles respuesta



Organización Mundial de la Salud

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia 1211, Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
Correo electrónico: reproductivehealth@who.int
Sitio web: www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978-92-4-351460-4

