



# Introducción

**¿Qué es la adolescencia?** La adolescencia se define como el período entre los 10 y los 19 años de edad. Es una etapa de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales caracterizada por el aumento en los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad y de la autoestima y una independencia progresiva de los adultos.

Los adolescentes aprenden a pensar de manera abstracta, lo que les permite planificar su futuro. Es normal que los adolescentes experimenten y tomen riesgos, ya que es parte de un proceso que les permite tomar decisiones; los adolescentes están influenciados tanto de manera positiva como negativa por sus pares, a quienes respetan y admiran. Los adultos juegan un rol importante en este sentido, dado que pueden ayudar a los adolescentes a evaluar las consecuencias de sus conductas (particularmente las conductas que les permiten identificar opciones). La influencia de al menos un adulto con carácter positivo y una familia que lo contenga son factores que sirven para su protección durante este período de desarrollo y puede ayudar a enfrentarse al estrés y desarrollar resistencia.

En un punto de esta etapa se encuentran *los adolescentes más jóvenes* (10 a 14 años de edad), quienes están más cerca de la niñez que de la adultez en cuanto a sus aspectos físicos, cognitivos, emocionales y de comportamiento. Los adolescentes más jóvenes recién comienzan a formar sus identidades, que se van configurando a través de influencias internas y externas. Los signos de maduración física comienzan a aparecer durante este período: aparece el vello púbico y axilar; las niñas desarrollan el botón mamario y pueden comenzar a menstruar; en los niños, el pene y los testículos aumentan de tamaño, el vello facial crece y la voz toma un tono más grave. A medida que los adolescentes más jóvenes toman conciencia de su sexualidad, pueden comenzar a experimentar con el sexo. También pueden experimentar con sustancias como el alcohol, el tabaco o las drogas. Los programas sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA) deberían desarrollar estrategias que específicamente se orienten a los adolescentes más jóvenes, adaptando a su medida las intervenciones que resulten acordes a su nivel de maduración, experiencia y desarrollo.

La adolescencia es una de las etapas fascinantes y, quizá, más complejas de la vida; es un momento en el cual las personas jóvenes asumen nuevas responsabilidades y experimentan con la independencia. Buscan la identidad, aprenden a aplicar valores adquiridos en la niñez temprana y desarrollan aptitudes que los ayudarán a convertirse en adultos comprensivos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el estímulo de adultos comprensivos, prosperan de maneras inimaginables, convirtiéndose en miembros ingeniosos y colaboradores de familias y comunidades. Con explosiones de energía, curiosidad y espíritu que no se extinguen con facilidad, las personas jóvenes tienen el potencial de cambiar los patrones sociales negativos de comportamiento y romper los ciclos de violencia y discriminación que pasan de una generación a otra. Con su creatividad, energía y entusiasmo, la gente joven puede cambiar el mundo de maneras sorprendentes, transformándolo en un lugar mejor, no sólo para sí mismos, sino para todos.

Fuente: UNICEF: *Adolescence: A Time That Matters*. 2002.

Durante la *adolescencia media* (15-16 años de edad), los adolescentes comienzan a desarrollar ideales y adoptar modelos de roles. Los pares son muy importantes para los adolescentes en esta edad y se ven fuertemente influenciados por ellos. La orientación sexual se desarrolla de manera progresiva y los individuos no heterosexuales pueden comenzar a experimentar conflictos internos, particularmente durante la *adolescencia media*.

En el otro lado de este espectro se encuentran los *adolescentes mayores* (17 a 19 años de edad), quienes a pesar de parecerse y actuar como adultos, todavía no alcanzaron la madurez cognitiva, emocional y de comportamiento. Si bien los adolescentes mayores pueden tomar decisiones de manera independiente — pueden trabajar, su identidad sexual se solidifica e incluso pueden casarse y formar una familia — todavía necesitan del modelo de un adulto, así como de estructuras familiares y sociales a fin de ayudarlos a completar la transición hacia la adultez.

## Niños, adolescentes, jóvenes y gente joven

Los términos utilizados para referirse a las personas de entre 0 y 24 años varía según el contexto y la fuente de información. Las definiciones internacionales figuran en la Tabla 1, pero el alcance de dichos términos varía enormemente según los países, las culturas y los grupos.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (CDN) incluye a todos los individuos desde su nacimiento hasta los 18 años dentro de la categoría de “niños.” Por lo tanto, los adolescentes están protegidos por la CDN hasta alcanzar los 18 años. La categoría de “joven” incluye a los adolescentes mayores, de 15 a 24 años. “Gente joven” incluye a los adolescentes de entre 10 y 24 años. Estos dos términos reflejan el continuo desarrollo y maduración de los individuos

durante el período que comienza a partir de los 18 años, antes de ingresar en la adultez.

Tabla 1

Período	Promedio de edad	Fuente
Niños	0 a 18 años	Convención sobre los Derechos del Niño
Adolescente	10 a 19 años	UNFPA, OMS, UNICEF
Adolescente muy joven	10 a 14 años	UNFPA, UNICEF
Juventud	15 a 24 años	UNFPA, OMS, UNICEF
Personas jóvenes	10 a 24 años	UNFPA, OMS, UNICEF

## ¿Por qué nos concentrarnos en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes?

A pesar de que los adolescentes conforman una porción importante de la población del mundo en desarrollo, en los lugares con emergencias humanitarias sus necesidades respecto de la salud sexual y reproductiva (SSR) están ampliamente insatisfechas. En 2000, el 29% de la población en países en vías de desarrollo era adolescente; en los países menos desarrollados, los adolescentes alcanzaban un 32% del total de la población.<sup>1</sup> A escala mundial, los adolescentes, tanto varones como mujeres, están alcanzando la pubertad más pronto, casándose más tarde y teniendo más relaciones sexuales antes del matrimonio.<sup>2</sup> Las necesidades de contraceptivos entre adolescentes no están cubiertas, a pesar de que, representan más del doble de las necesidades de las mujeres casadas.<sup>3</sup> Un tercio de las mujeres del mundo dan a luz antes de los 20 años,<sup>4</sup> llegando a 15 millones por año el número de partos de mujeres menores de 20 años.<sup>5</sup> Las adolescentes embarazadas se

enfrentan a mayores riesgos de morbilidad y mortalidad debido a complicaciones durante el embarazo hasta el nacimiento del bebé, por ejemplo, el trabajo de parto obstruido, partos antes de lo previsto y abortos espontáneos. Cinco millones de adolescentes de entre 15 y 18 años se han practicado abortos en condiciones no seguras todos los años<sup>6</sup> y se han producido 70.000 muertes por causas relacionadas con el aborto entre estas edades todos los años.<sup>7</sup> La mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurre entre los 15 y 24 años de edad, y un tercio de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a personas menores de 25 años.<sup>8</sup>

### ¿Por qué resulta importante la salud sexual y reproductiva para adolescentes en situaciones de emergencia?

Dado que están transitando el paso desde la niñez a la adultez, los adolescentes normalmente se ven influenciados por modelos de un adulto, las normas y estructuras sociales y los grupos de su comunidad (de pares, religiosos o culturales).

En algunos contextos, la edad para el matrimonio se está extendiendo, lo cual ha llevado a una adolescencia prolongada y a una demora en el ingreso a la fase de la adultez. En estos contextos, podría ser adecuado extender la definición de "adolescencia" e incluir en ella a personas de hasta 24 años de edad.

Durante las emergencias humanitarias, ya sean naturales o provocadas por el hombre, sin embargo, se quiebran las estructuras familiares y sociales: los adolescentes pueden quedar separados de sus familias o sus comunidades, y dejan de recibir los programas educativos formales e informales y además se quiebran las redes sociales y comunitarias. Los adolescentes se sienten con miedo, estresados, aburridos u holgazanes. Se pueden encontrar ellos mismos ante situaciones de riesgo, las cuales no saben cómo manejar y de repente deben asumir sin preparación roles propios de un adulto, sin modelos de adultos positivos o redes de contención.

La pérdida de medios de subsistencia, de seguridad y de protección que debería brindar la familia y la sociedad coloca a los adolescentes en riesgo de pobreza y también de explotación y abuso sexual (EAS). En situaciones de crisis, los adolescentes (especialmente las niñas) son vulnerables a violaciones y explotación sexual por parte

de las fuerzas agresoras, los miembros de la comunidad, los trabajadores humanitarios y el personal uniformado, debido a su falta de poder, falta de recursos y además porque la violación puede utilizarse como método de guerra. Muchos adolescentes, incluidos los más jóvenes, recurren a la venta de sexo para satisfacer sus propias necesidades o las de sus familias. También corren el riesgo de integrar las fuerzas armadas o grupos armados, lo cual incrementa su vulnerabilidad a la explotación y abuso sexual, infecciones de VIH/ITS y embarazos no deseados debido al alto grado de movilidad y un aumento de conductas que implican riesgos (incluido el abuso en la ingesta de alcohol y drogas). Es posible que los adolescentes que atraviesan una situación de crisis no visualicen un futuro positivo y por ello pueden desarrollar visiones fatalistas acerca del futuro; esto también puede contribuir a comportamientos sexuales de alto riesgo y pocas conductas orientadas a la buena salud.

Las alteraciones producidas en la familia y en los servicios educativos y de salud durante las emergencias, ya sea debido a los daños en infraestructura o a las crecientes demandas que reciben los centros de salud y servicios sociales durante la crisis, agravan el problema y pueden dejar a los adolescentes sin acceso a la información y servicios de SSR durante un período en que se encuentran en situaciones de riesgo.

La falta de acceso a información sobre SSR, la interrupción o inaccesibilidad de servicios de SSR y el creciente riesgo de EAS así como alto riesgo de conductas sexuales durante la emergencia, hace que los adolescentes corran el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones no seguras, ITS e infecciones de VIH.

### ¿Qué sub-grupos de adolescentes se encuentran particularmente en alto riesgo y requieren especial atención?

Ciertos sub-grupos de adolescentes, incluso aquellos muy jóvenes, embarazadas o marginados son considerados de alto riesgo. Otros adolescentes se encuentran dentro de sub-grupos de alto riesgo como resultado de una situación de crisis.

#### Sub-grupos que se encuentran en riesgo por definición:

- *Los adolescentes más jóvenes (10-14 años), especialmente las niñas, están en riesgo de EAS, debido a su dependencia, falta de poder y falta de participación en el proceso de toma de decisiones. Debido a su escasa experiencia de vida, no saben reconocer el sentido sexual de las acciones abusivas o de explotación.*

- *Adolescentes embarazadas*, particularmente las menores de 16 años, se enfrentan a un mayor riesgo de trabajos de parto obstruidos, una emergencia obstétrica con riesgo de muerte que se puede producir debido a la inmadurez de la pelvis, que es demasiado pequeña para lograr que el bebé pase por el canal de parto. La demora en el tratamiento puede provocar fístula obstétrica o ruptura uterina, hemorragias y muerte de la madre o el bebé. Generalmente no existen servicios obstétricos de emergencia en los contextos de crisis, lo que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad entre las madres adolescentes y sus bebés.
- *Adolescentes Marginados*, incluidos aquellos con VIH+, los discapacitados, los adolescentes no heterosexuales, los grupos indígenas y los migrantes, pueden enfrentarse a dificultades en el acceso a los servicios debido a la estigmatización, prejuicio, cultura, lenguaje y limitaciones físicas o mentales. Se encuentran en riesgo de pobreza. Además, corren riesgo de EAS debido a la falta de poder y participación.

### Sub-grupos que pasan a estar en riesgo durante una situación de crisis:

- *Los adolescentes separados de sus familias (padres o esposas) y los adolescentes jefes de familia* carecen de seguridad en los medios de subsistencia y de la protección que debe brindar la estructura familiar, lo que los pone en riesgo de pobreza y EAS. Los adolescentes separados y los adolescentes jefe de familia generalmente son obligados a abandonar la escuela, contraer matrimonio u ofrecer servicios sexuales a fin de satisfacer sus necesidades de comida, vivienda o protección.
- *Las sobrevivientes de violencia sexual y otras formas de violencia de género (VG)* se encuentran ante el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones no seguras, ITS incluido el VIH, así como también alteraciones en la salud mental, problemas psicosociales y estigmatización social.
- *Las niñas adolescentes que ofrecen servicios sexuales* se encuentran ante el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones no seguras, ITS y VIH. Corren el riesgo de abusar de las drogas y el alcohol y de sufrir EAS. Cuando están involucrados adolescentes menores de 18 años, se considera que es explotación sexual de niños.
- *Los Niños y Niñas Asociados con Fuerzas Armadas y Grupos Armados (NAFAGA)* por lo general son sexualmente activos a una edad mucho más temprana y enfrentan un mayor riesgo de exposición al VIH. Los

miembros de las fuerzas y grupos armados, en general, reclutan adolescentes, quienes corren alto riesgo de infección por VIH dado su rango de edad, movilidad y actitudes que los llevan a asumir riesgos. Las mujeres combatientes, niñas asociadas a fuerzas de ataque, secuestradas y dependientes también corren un alto riesgo, debido a la expansión de la violencia y abuso sexual. Enfrentan el riesgo de alteraciones en la salud mental y problemas psicosociales, dado que han tenido que cometer o presenciar actos de extrema violencia física o sexual o incluso ellas mismas fueron sobrevivientes de la violencia sexual. Las niñas han sido obligadas a tener sexo con los comandantes o con otros soldados. Corren el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones no seguras, ITS e infección de VIH.

Independientemente de la fuente de vulnerabilidad, todos los sub-grupos de adolescentes que corran riesgo necesitan una atención especial e intervenciones específicas para garantizar que puedan satisfacer sus necesidades de SSR mientras dure la crisis.

### ¿Cuáles son las consideraciones especiales que deben tomarse al implantar programas SSRA en contextos de emergencia?

La mayoría de los modelos existentes para intervenciones SSRA corresponden a un contexto de desarrollo; existen pocos modelos probados en campo para intervenciones SSRA en situaciones de emergencia. Esto no significa que los modelos de desarrollo no sean válidos en emergencias; en muchos casos lo son, pero deben adaptarse al contexto de la emergencia. En una emergencia aguda, por ejemplo, resultan prioritarias las intervenciones que salven vidas. Incluso en una emergencia, debe hacerse todo lo posible para involucrar a la población beneficiaria en la planificación, implementación y monitoreo del programa, pero el grado de participación que puede alcanzarse puede ser menor que en una situación estable o prolongada. Una vez estabilizada la emergencia aguda, deben introducirse las intervenciones de desarrollo probadas en campo, con la participación de todos los grupos de interés.

A continuación se resumen las consideraciones especiales para los programas SSRA. Cabe destacar que cada una de estas consideraciones es válida tanto en con-

En este documento, las frases "contextos humanitarios", "contextos de crisis" y "contextos de emergencia" se utilizan indistintamente.

textos de emergencia y de no emergencia, pero pueden pasar desapercibidas en el contexto de emergencia. Se brindan más detalles en las Hojas de Datos y en las herramientas individuales.

### **Derechos Humanos, Aspectos Éticos y**

**Legales:** En el derecho internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) le otorga derechos a los adolescentes hasta que alcancen la edad de 18 años. Queda incluido el derecho a la información y servicios sobre salud reproductiva (SR) y además están protegidos contra la discriminación, abuso y explotación. El personal de salud, los adolescentes, los miembros de la comunidad (incluidos los padres) y los trabajadores humanitarios deben conocer los derechos de los adolescentes y trabajar en conjunto para garantizar la protección de estos derechos aun en épocas de crisis.

Asimismo, algunas consideraciones éticas deben tenerse en cuenta al momento de diseñar e implementar las intervenciones con adolescentes. Las intervenciones y actividades del programa deben demostrar respeto hacia los adolescentes y su derecho de autodeterminación; los beneficios de las intervenciones deben pesar más que los riesgos; y debe promoverse la participación de los adolescentes y sus opiniones deben ser respetadas.

Finalmente, el derecho local, nacional e internacional deberían cumplirse lo el máximo posible. En todas las situaciones, sin embargo, es importante que el interés superior de los adolescentes sea la prioridad.

### **Intervenciones Accesibles, Aceptables y**

**Adecuadas para los Adolescentes:** Incluso en los contextos donde no exista emergencia, los adolescentes se enfrentan a barreras interrelacionadas que les impiden acceder a los servicios de SR. Esto incluye: **barreras personales**, por ejemplo, sentimientos de culpa, miedo o ansiedad acerca de temas relacionados con la sexualidad y la reproducción, desconocimiento de los servicios disponibles, poca conducta para buscar o asesorarse en temas de salud y la percepción de que los servicios no serán confidenciales; **barreras socio-culturales**, por ejemplo, normas sociales que indican cuál debe ser la conducta o sexualidad de los jóvenes, tanto hombres como mujeres, un prejuicio alrededor de los adolescentes sexualmente activos, barreras culturales que les restringen a la mujeres, niñas o ciertos sub-grupos de la población la posibilidad de acceder a servicios de salud, limitaciones educativas, diferencias de idioma, las actitudes de los proveedores de salud hacia los adolescentes o la

falta de voluntad por atender sus necesidades sobre SR; y **barreras estructurales**, por ejemplo, largas distancias para llegar a las instituciones de salud, falta de instalaciones para los pacientes con discapacidad, horas inconvenientes para operaciones, mucho tiempo de espera, gastos a pagar para obtener servicios y falta de privacidad.

Las barreras para acceder a los servicios que deben sortear los adolescentes aumentan durante una crisis, cuando los servicios de salud y cuestiones infraestructurales, como la comunicación y el transporte, dejan de existir, cuando los servicios de salud están sobrecargados de pacientes, cuando la inseguridad provoca restricciones a la movilización, y cuando otras actividades, como la búsqueda de comida y vivienda, resultan más prioritarias que las cuestiones de SR.

Para llegar a los adolescentes durante situaciones de emergencia, los programas de SR deben brindar enfoques innovadores a fin de que los servicios sean aceptables, accesibles y adecuados para los adolescentes, teniendo en cuenta la sensibilidad y diversidad cultural. Los adolescentes deben involucrarse lo más posible en el diseño, implementación y monitoreo de las actividades que sugiera el programa, porque de esta manera es más probable que respondan a sus necesidades y prioridades de SR y además para que los adolescentes acepten mejor dichas intervenciones. Si los servicios de salud resultan amenos para los adolescentes y además se los hace participar en el diseño y monitoreo de estos servicios, los servicios de SR que se brinde en un centro de salud resultarán más accesibles y aceptados por los adolescentes. Además, los administradores de programas, junto con los proveedores de salud, los adolescentes y los miembros de la comunidad deben considerar estrategias de implementación alternativas, como intervenciones comunitarias que harán más fácil acercarlos a los adolescentes información y servicios de SR.

**Participación de la Comunidad y Padres:** La aceptación y participación de la comunidad y de los padres en los programas de SSRA son fundamentales para el éxito y sustentabilidad de los programas. Los miembros de la comunidad y los padres, junto con los adolescentes, deberían participar, desde las etapas más tempranas, en el diseño del programa y, de ser posible, deberían ayudar en la implementación de dicho programa.

### **Reinserción en la Familia o la Comunidad:**

Si bien no es un tema específicamente relacionado

## ACERCA DE LAS HERRAMIENTAS DE SSRA PARA CONTEXTOS HUMANITARIOS

Las *Herramientas de SSRA para Contextos Humanitarios* brindan información y por ejemplo, para abogar por la SSRA e implementar **intervenciones de SSR que incluyan a los adolescentes**. Estas herramientas tienen por objeto acompañar al Capítulo 4 (“Salud Reproductiva Adolescente”) del *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*, MTIA. Las herramientas han sido concebidas para hacer más funcional este capítulo al ofrecer orientación respecto de lo que se debería hacer para asegurar que las intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva que se implementen durante una crisis - e inmediatamente después de ella - respondan a las necesidades de los adolescentes.

Si bien la mejor manera de asegurar que las necesidades relacionadas con la SSRA se satisfagan es **integrar la SSRA** en la respuesta de emergencia de SR, la integración es un proceso que requiere de planificación y coordinación y, con frecuencia, las agencias que implementan dicho proceso no tienen el tiempo, los recursos o la capacidad de hacerlo durante una emergencia aguda.

Reconociendo que los enfoques de integración de la SSRA en emergencias aún no se han estandarizado, estas *Herramientas de SSRA* han sido diseñadas para ayudar a los administradores del programa de las agencias de implementación a asegurar que se traten las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el transcurso de todas las situaciones de emergencia, sean éstas naturales o provocadas por el hombre. También proporciona herramientas específicas para los proveedores de servicios de salud, a fin de que puedan brindar y rastrear de manera más efectiva los servicios para adolescentes a nivel clínico y comunitario. Las herramientas están diseñadas para ser utilizadas fácilmente, de manera que los proveedores de servicios que nunca han sido capacitados para trabajar con adolescentes puedan sentirse cómodos al momento de tratarlos durante una emergencia.

Cada situación humanitaria es única y se espera que las herramientas se adapten para ajustarse a las necesidades específicas del entorno. También se espera que las Herramientas se utilicen para concientizar acerca de las necesidades de SSR de los adolescentes y como un paso inicial de la integración de la SSRA en las respuestas de SR de emergencia.

con SR, una exitosa reinserción de los adolescentes en las familias o la comunidad es fundamental para minimizar los riesgos de SSR. Es una prioridad evitar que los adolescentes se separen de sus familias durante una situación de emergencia; además, la creación de espacios seguros y el comienzo de actividades educativas durante una crisis puede minimizar el tiempo de ocio entre los adolescentes, lo que ayudará a evitar que sean raptados o queden involucrados en un conflicto armado. La concientización y las sesiones de sensibilización sobre VIH para las comunidades receptoras deberían comenzar mucho antes de que la reinserción de los adolescentes comience a generar algún prejuicio o discriminación en las comunidades. Fuertes medidas de protección y el fortalecimiento de enfoques que, basados en la comunidad, brinden medios de subsistencia y educación pueden también contribuir a prevenir que los adolescentes vuelvan a ser reclutados o sufran conductas dañinas como la venta de servicios sexuales.

**Necesidades sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Varones:** Las adolescentes mujeres corren más riesgos durante

las situaciones de emergencia, pero también resulta igualmente urgente la atención de las necesidades de los adolescentes varones; los programas de SSRA deben reconocer las necesidades de SSR que específicamente tienen los adolescentes varones. Los adolescentes varones cumplen un importante rol para ayudar a mejorar la situación de salud de las adolescentes mujeres. El hecho de incluir a niños y niñas en la discusión sobre el poder y la igualdad de género ayudará a reducir el riesgo de VG y se generarán cambios en las normas de género que actualmente incentivan la VG y la exclusión de las niñas en los servicios de salud. Los adolescentes varones enfrentan altos índices de ITS y VIH/SIDA (aunque no tan elevado como las mujeres). Si los niños reciben información sobre salud sexual y se les asegura un acceso a servicios SSR de alta calidad y amenos para los adolescentes, podrán mitigarse la conducta sexual de alto riesgo entre los adolescentes varones. Los varones también son buscados para reclutarlos en fuerzas armadas y grupos armados, donde corren el riesgo de ser sujetos activos o pasivos de explotación y abuso, además de ser inducidos o presionados a adoptar conductas que conllevan un riesgo.

## LECTURA SUGERIDA:

1. GTIA sobre el Rol de la Participación de la Comunidad en la SSRA. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: Un Marco conceptual e Indicadores de Resultados Sugeridos*. Diciembre 2007. [http://web.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/781\\_filename\\_iawg\\_ci.pdf](http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf)
2. Graça Machel, *The Impact of Armed Conflicts on Children*, Naciones Unidas: 1996. [http://www.unicef.org/graca/a51-306\\_en.pdf](http://www.unicef.org/graca/a51-306_en.pdf)
3. Concejo de Población, Family Health International. *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings*. 2005. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf>
4. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Untapped Potential: Adolescents Affected by Armed Conflict*. Nueva York: 2002. <http://womenscommission.org/pdf/adol2.pdf>
5. OMS, UNFPA, ACNUR *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*. Capítulo 4: "Salud Reproductiva Adolescente", 2009.
6. UNFPA. *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework*. UNFPA, 2008.

## Marco de los Derechos Humanos y del Niño

Las violaciones a los derechos humanos son comunes, tanto en situaciones de crisis naturales como las provocadas por el hombre. Los estados son los responsables de velar por los derechos humanos de los ciudadanos, pero durante las crisis, es posible que, temporalmente, los estados no estén en condiciones de brindar dicha protección (en el caso de un desastre natural, por ejemplo) o que no logren hacerlo (en el caso de un conflicto armado). El derecho a la salud — incluida la salud sexual y reproductiva — no se suspende durante

una emergencia, y es responsabilidad de los estados asegurar que los marginados o las personas con más riesgo de la población reciban un acceso seguro a vivienda, agua, comida, combustible para cocinar y cuidado de la salud.

La Figura 1 muestra los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en relación con los derechos humanos:

FIGURA 1: DERECHOS HUMANOS QUE PROTEGEN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES



(de: Ahumada C & Kowalski-Morten S. *Guía para activistas jóvenes sobre los derechos sexuales y reproductivos* Ottawa: The Youth Coalition 2006.)

## ¿De qué manera las consideraciones legales y los derechos humanos se relacionan con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes durante situaciones de crisis?

Los derechos humanos de los adolescentes, incluidos los sub-grupos vulnerables, están contemplados en diferentes declaraciones y convenciones del derecho internacional.

**La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)** menciona el derecho a la salud bajo el derecho al mejor nivel de vida que se pueda alcanzar (DUDH Artículo 25). **La Constitución de la Organización Mundial de la Salud** define a la salud como *el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y declara que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social* (OMS, 1946).

Este concepto se amplió durante la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Cairo 1994**, que definió la salud reproductiva y el derecho a la salud reproductiva como: *Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a los métodos de planificación familiar de su elección seguros, efectivos, asequibles y aceptables, así como a otros métodos legales para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.*

**El derecho a la Salud Reproductiva** incluye el derecho al bienestar íntegro físico, mental y social (y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia) en todo lo referido al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos.

*CIPD, 1994*

**La Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)** amplió la definición de salud reproductiva e incluyó la sexualidad:

*Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.*

### **La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas:**

Los adolescentes gozan de los derechos previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) hasta alcanzar la edad de 18 años. Estos derechos se detallan a continuación, con ejemplos de cómo están relacionados con la SSRA:

- El derecho al más alto nivel posible de salud, *Incluido el derecho a la salud reproductiva.*
- El derecho a difundir y recibir información y el derecho a la educación, *Incluida la información completa y correcta sobre SSR.*
- El derecho a la confidencialidad y la intimidad, *Incluido el derecho a obtener servicios de SR sin consentimiento de un padre, madre, cónyuge o tutor. La realización de un examen de virginidad (himen) en una adolescente sin su consentimiento también constituiría una violación a este derecho.*
- El derecho a no ser objeto de prácticas tradicionales perjudiciales, *Incluida la mutilación genital femenina y el matrimonio temprano y forzado.*

- El derecho a no sufrir ningún tipo de abuso físico o mental y ningún tipo de explotación sexual, *Incluida la violencia sexual, la violencia doméstica y la explotación sexual.*
- El derecho a la igualdad y la no discriminación, *Incluido el derecho a acceder a servicios de SR, independientemente de la edad o estado civil y sin consentimiento del padre, madre, tutor o cónyuge.*
- Todas las acciones adoptadas deben velar por el interés superior del niño. *Por ejemplo, requerir el consentimiento de un padre para adoptar métodos contraceptivos, recibir atención obstétrica, o negarle servicios debido a la edad no vela por el interés superior del adolescente.*

Según el derecho humanitario internacional y la legislación internacional sobre derechos humanos, los niños no deben ser reclutados ni utilizados en las fuerzas o grupos armados. El reclutamiento y el uso de niños menores de 15 años en las fuerzas y grupos armados se consideran crímenes de guerra. Además de la Convención sobre los Derechos del Niño de las ONU, instrumentos internacionales y regionales como el Protocolo Opcional de las Convenciones de Ginebra y los Protocolos Adicionales, el Estatuto de Roma, constitutivo de la Corte Penal Internacional, y la Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño ofrecen un marco legal para la protección del niño.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes (entre 10 y 18 años de edad) están considerados como niños en el derecho internacional, también se reconoce las **facultades evolutivas del niño**.<sup>9</sup> De manera simple, a medida que los niños llegan a la adolescencia y ganan experiencias de vida, cada vez tiene mayor capacidad para tomar decisiones importantes de manera independiente. Esto es muy importante al momento de considerar las cuestiones referidas a la SSRA, particularmente en relación con la provisión de los servicios de SSRA sin necesidad de requerir el consentimiento de un padre o cónyuge.

Resulta muy delicada la cuestión de si los adolescentes, por sí mismos, pueden brindar un **consentimiento fundamentado** para las intervenciones de SSR, tales como asesoramiento y pruebas de VIH, atención clínica luego de un delito sexual, tratamiento por ITS y atención en la maternidad. En 2003, el Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño adoptó el Comentario General N°4, que describe los derechos de los adolescentes a la salud y desarrollo en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño (Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño, 2003). Este comentario otorga a los adolescentes el derecho a la

información sobre SSR “independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores” (párrafo 28). Además establece que si los padres o tutores brindan el consentimiento fundamentado, al adolescente se le debe permitir expresar sus opiniones, las que deberían ser tenidas en cuenta. Reconoce las facultades evolutivas del niño y por ello los adolescentes “suficientemente maduros” tienen el derecho de brindar el consentimiento fundamentado por sí mismos, y “se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del ‘interés superior del niño’” (párrafo 32). Los prestadores de salud tienen la obligación de brindar a los adolescentes asesoramiento confidencial, de manera de que puedan tomar decisiones fundamentadas sobre el tratamiento (párrafo 33).

Finalmente, los adolescentes con discapacidades están protegidos por la **Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad**. El **10 por ciento** de la población mundial vive con discapacidades y el 80% de las personas con discapacidad vive en países en vías de desarrollo (UNFPA, 2007). Durante las emergencias, el número de adolescentes con discapacidades puede aumentar debido a las lesiones físicas o psicológicas o a las condiciones de salud mental que se manifiestan como resultado de la crisis.

**Entre los adolescentes con discapacidades se incluyen aquellos que padecen de impedimentos físicos, mentales, intelectuales o sensoriales prolongados, los cuales, en interacción con distintas barreras, pueden obstaculizar su participación total y eficaz en la sociedad en un pie de igualdad con otros**

*Convención de NU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades*

Los discapacitados son sexualmente tan activos como las personas sin discapacidades, pero tienen tres veces más probabilidades de sufrir violencia sexual, lo que los coloca ante un mayor riesgo de embarazos no deseados, ITS y VIH. Las personas con discapacidades tienen menos acceso a la salud (incluida la salud mental y el apoyo psicosocial) y a los servicios legales. Los adolescentes con discapacidades se enfrentan a un mayor riesgo de que otros derechos humanos no se respeten, por ejemplo, en casos de violaciones, EAS, esterilización forzada, abortos forzados y matrimonios forzados.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades establece que los estados *tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás. Además establece que las personas con discapacidades tienen el derecho a programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población* (Naciones Unidas, 1997).

### ¿De qué manera los programas de SSRA pueden prevenir o considerar las violaciones a los derechos humanos en contextos de emergencia?

Los programas sobre SSRA deberían comprometer a otros sectores a fin de asegurar que el personal de la salud, los adolescentes, los miembros de la comunidad

y otros actores que participen en actividades humanitarias tengan conocimiento de los derechos de los adolescentes, particularmente en lo relacionado a SR. Deben realizarse todos los esfuerzos para garantizar que los adolescentes, incluso los grupos marginados y aquellos con discapacidades, tengan acceso a la información y servicios de SR y que no sufran violaciones a los derechos humanos. Toda sospecha o certeza de violaciones a los derechos humanos de los adolescentes durante una emergencia aguda o mientras se brindan servicios de SR integrales debe denunciarse a la agencia de la ONU que se encargue de las acciones humanitarias (el Grupo de Salud Mundial, OCHA, ACNUR, etc.).

Las leyes nacionales respecto de los derechos de los adolescentes pueden entrar en conflicto con el derecho internacional. Es importante que el personal que trabaje en tareas humanitarias conozca la legislación nacional y que sepa manejar situaciones que puedan surgir en caso de discrepancia entre las leyes nacionales y el derecho internacional. Cabe recordar que el factor más importante al tomar una decisión consiste en priorizar *el interés superior del niño (o adolescente)*.

#### LECTURA SUGERIDA

1. IPPF. *Young Person's Guide to Rights*, (folleto de 1 página), <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/1F0F2AA6-5A35-4771-8222-E002874748F1/0/Ayoungpersonsguide.pdf>.
2. Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
3. Naciones Unidas. *Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo*. Summary of the Programme of Action <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>
4. Naciones Unidas. *The Right to Reproductive and Sexual Health*. 1997. <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/women/womrepro.htm>
5. Naciones Unidas. *Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las Mujeres*. "Platform for Action," 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>
6. Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>.
7. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: Resource Kit for Fieldworkers*. Comisión para Mujeres Refugiadas, 2008. [http://www.womenscommission.org/pdf/disab\\_res\\_kit.pdf](http://www.womenscommission.org/pdf/disab_res_kit.pdf).