



Herramientas de Salud Sexual ^y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios

En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial
sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios.



Save the Children



Agradecimientos

La presente publicación es producto del aporte, esfuerzo y energía de mucha gente. Las Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios se desarrollaron gracias al esfuerzo conjunto entre Save the Children y UNFPA, bajo la dirección de Brad Kerner (Save the Children), Cecile Mazzacurati (UNFPA) y Jennifer Kim (UNFPA). La principal autora de este currículum fue Katy Mitchell, una consultora independiente con muchos años de experiencia en Salud Reproductiva en casos de Emergencia, quien logró transformar la visión y los primeros borradores en este amplio conjunto de herramientas integrales.

Los autores también reconocen el esfuerzo de un Grupo Asesor Técnico con más de 20 miembros, entre los cuales cabe destacar a Ribka Amsalu (Save the Children), John Santelli (Columbia University), Meriwether Beatty (John Snow, Inc.), Susan Purdin (Comité Internacional de Rescate), Takashi Izutsu (UNFPA), Vinit Sharma (UNFPA), Josephine Sauvarin (UNFPA), Mary Otieno (UNFPA), Edith Cheung (UNICEF), Marian Schilperoord (ACNUR), Ouahiba Sakani (ACNUR), Mihoko Tanabe (Comisión para Mujeres Refugiadas), Sandra Krause (Comisión para Mujeres Refugiadas), Imane Khachani (Asesora independiente), Cate Lane (Pathfinder/ Extending Service Delivery), Sonia Navani (RAISE). Los autores también desean reconocer el asesoramiento de la Rama de Salud Sexual y Reproductiva y el Grupo de Adolescentes y Jóvenes de la UNFPA, particularmente Laura Laski, Ziad Mikati, Dennia Gayle, y Prateek Awasthi.

UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, es una agencia de desarrollo internacional que promueve el derecho de toda mujer, hombre, niña y niño a disfrutar una vida saludable con igualdad de oportunidades. UNFPA brinda apoyo a países mediante información sobre la población que se utiliza para generar políticas y programas tendientes a reducir la pobreza y garantizar que todo embarazo sea deseado, que todo niño nazca en condiciones seguras, que ningún joven se contagie de VIH/SIDA y que toda niña y mujer sea tratada con dignidad y respeto.

UNFPA – porque todos son importantes
Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA
www.unfpa.org

Save the Children USA es la organización independiente líder en la generación de cambios a largo plazo para los niños con necesidades en los Estados Unidos y en el mundo. Durante más de 75 años, Save the Children ha contribuido a que los niños sobrevivan y progresen gracias a la mejora en su salud, educación y oportunidades económicas y, en tiempos de crisis agudas, brindando una asistencia rápida para salvarles la vida y ayudar a los niños a recomponerse de los efectos de la guerra, con conflictos y desastres naturales. Save the Children USA es miembro de International Save the Children Alliance, una red mundial integrada por 27 organizaciones Save the Children, que son independientes y trabajan para asegurar el bienestar y protección de los niños en más de 120 países.

Save the Children USA
54 Wilton Road
Westport, CT 06880 USA
www.savethechildren.org

Créditos de las Fotos: Tapa, de arriba hacia abajo: Jim Holmes/Save the Children; Jenny Matthews/Save the Children; Richard Lord/Save the Children; Michael Bisceglie/Save the Children. Interior: Pág. 67, Bill Foley/Save the Children; pág. 78, Michael Bisceglie/Save the Children; pág. 87, Tequila Minsky/Save the Children .

Editor: Stephanie Borise

Diseñador Gráfico: Green Communication Design Inc.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo económico de la Rama de Respuesta Humanitaria de la UNFPA. Los puntos de vista y las opiniones expresados en este informe pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan aquellos de UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, o Save the Children.

Herramientas de Salud Sexual ^y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios

En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial
sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios

Setiembre 2009

TABLA DE CONTENIDOS

• Acrónimos	4
Introducción	5
• Marco de los Derechos Humanos y del Niño	12
• Atención de las Necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	16
Implementación del PSIM con inclusión de los adolescentes para la Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios	21
• PSIM: Hoja de Datos de Coordinación para la Salud Sexual y Reproductiva	25
• PSIM: Hoja de Datos sobre los Adolescentes y la Violencia Sexual	29
• PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y Salud para la Madre y el Recién Nacido	33
• PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y el Tratamiento y la Prevención de ITS/VIH	36
• PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y la Planificación Familiar	39
• Hoja de Datos sobre Adolescentes, los Servicios de Salud Mental y el Apoyo Psicosocial	41
Herramientas de Participación	44
• Participación de Adolescentes	44
• Participación de la Comunidad y de Padres	47
• Puntos de Partida de Salud Reproductiva en Programas para Adolescentes	49
Herramientas de Evaluación	52
• Evaluación de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	52
• Evaluación Rápida Inicial para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes	56
• Análisis Situacional para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes	57
• Encuesta Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Situaciones de Emergencia	61
Herramientas Basadas en Centros de Salud	67
• Evaluación HEADSSS	67
• Lista de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva orientados a los Adolescentes	75
Distribución Basada en la Comunidad y Herramientas de Educación de Pares	78
• Lista de Recursos para Educación de Pares	78
• Introducción a la Distribución Basada en la Comunidad	80
• Preparación para Implementar la Lista de Distribución Basada en la Comunidad	81
• Herramienta de Supervisión de Distribución Basada en la Comunidad para los Adolescentes	83
• Formulario de Derivación de Pacientes para Distribuidores basados en la Comunidad	86
Intercambio de Lecciones Aprendidas	87
• Formulario de Intercambio de Lecciones Aprendidas	88

ACRÓNIMOS

- AE:** Anticoncepción de Emergencia
- ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- AMR:** Adolescentes en Mayor Riesgo (respecto de VIH/SIDA)
- APV:** Asesoramiento y Pruebas de VIH
- ARV:** Antirretroviral
- CDN:** Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas
- CPIA:** Comité Permanente Inter-Agencial
- DBC:** Distribución Basada en la Comunidad
- DDR:** Desarme, Desmovilización y Reinserción
 - DI:** Desplazado Interno
- EAS:** Explotación y Abuso Sexual
- HSH:** Hombres que Tienen Sexo con Hombres
- ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- MTIA:** Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios
- NAFAGA:** Niños Asociados con Fuerzas Armadas y Grupos Armados
 - OMS:** Organización Mundial de la Salud
 - ONG:** Organización No Gubernamental
- PACO:** Píldora Anticonceptiva Combinada Oral
 - PAE:** Píldora Anticonceptiva de Emergencia
 - PAO:** Píldora Anticonceptiva Oral
 - PF:** Planificación Familia
 - PPE:** Profilaxis Post-Exposición para VIH
 - PPS:** Píldora de Progestágeno Solo
- PTMI:** Prevención de Transmisión Materno-Infantil de VIH
- PVVIH:** Personas que Viven con VIH
 - SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
 - SR:** Salud Reproductiva
 - SSR:** Salud Sexual y Reproductiva
 - TAR:** Terapia Antirretroviral
- UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
 - VG:** Violencia de Género
 - VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana



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 concentramos 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.¹ 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.² Las necesidades de contraceptivos entre adolescentes no están cubiertas, a pesar de que, representan más del doble de las necesidades de las mujeres casadas.³ Un tercio de las mujeres del mundo dan a luz antes de los 20 años,⁴ llegando a 15 millones por año el número de partos de mujeres menores de 20 años.⁵ 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 años⁶ y se han producido 70.000 muertes por causas relacionadas con el aborto entre estas edades todos los años.⁷ 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.⁸

¿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
2. Graça Machel, *The Impact of Armed Conflicts on Children*, Naciones Unidas: 1996. 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**.⁹ 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.

Atención de las Necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

La siguiente matriz tiene por objeto ofrecer un panorama general de intervenciones clave para responder a las necesidades de SSRA durante emergencias. Las intervenciones para cada función y sector están organizadas por:

- Preparación ante Emergencias
- Respuesta Mínima
- Respuesta Integral

En situaciones donde no exista crisis, pueden tomarse medidas de **Preparación Ante Emergencias**. Estas intervenciones pueden facilitar una rápida implementación de las actividades de respuesta mínima en medio de una crisis. Los ítems sugeridos en la columna izquierda de la matriz resumen las acciones clave recomendadas para la preparación ante emergencias. Las acciones que aparecen en **negrita** son consideradas *estándares mínimos* y deberían tener prioridad si los recursos y el tiempo son limitados.

La columna del medio corresponde a acciones iniciales que deberían tomarse en plena emergencia. Estas intervenciones de **Respuesta Mínima** señalan los pasos prioritarios. Para determinadas acciones que requieren una orientación más detallada, se incluyen vínculos a recursos sugeridos y a herramientas dentro de la SSRA en el Paquete de Crisis. Las acciones que aparecen en **negrita** son consideradas *estándares mínimos* y deberían tener prioridad si los recursos y el tiempo son limitados.

En una fase más estabilizada de una crisis, la columna de la derecha sugiere los pasos a seguir para una **Respuesta Integral** a las necesidades de SSRA. Los detalles de implementación también incluyen vínculos a recursos sugeridos y a herramientas dentro de este paquete para determinados pasos.

Atención de las necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios

Funciones y Sectores	Preparación Ante Emergencias	Respuesta Mínima (para llevarse a cabo en plena emergencia)	Respuesta Integral (para llevarse a cabo cuando la situación se ha estabilizado)
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar mecanismos de coordinación y responsabilidades ▪ Integración de la SSRA en la preparación y en los planes de contingencia ▪ Trazar un mapa de los grupos de interés de la SSRA ▪ Identificar las organizaciones de servicios para adolescentes/ enfocadas en los adolescentes, así como los puntos centrales ▪ Crear enlaces de referencia entre las organizaciones que ofrecen servicios para adolescentes y los servicios externos (SSR, salud mental y apoyo psicológico, medios de subsistencia, educación, etc.) ▪ Participar de las discusiones estratégicas/la planificación con donantes humanitarios, entidades gubernamentales, ONGs y OBCs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abogar, junto con el Grupo de Salud Mundial, para asegurar que los servicios de SSRA sean accesibles para los adolescentes durante la implementación del PSIM (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM) ▪ Identificar a los adolescentes con mayor riesgo y asegurar que tengan acceso a los servicios de SR (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM) ▪ Emplear enfoques multi-sectoriales para identificar las necesidades de SSRA (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM, Herramienta de Puntos de Partida para la SR en Programas para Adolescentes) ▪ Asegurar que los servicios/ programas alimentarios y nutricionales adecuados estén disponibles para los adolescentes ▪ Involucrar a los padres y a las comunidades en la SSRA tan pronto como sea posible y según corresponda (Herramienta de Participación de la Comunidad y de los Padres) ▪ Involucrar a los adolescentes en el diseño, la provisión y el monitoreo de los servicios de SSR (Participación Adolescente, Herramientas de Puntos de Partida para la SR en Programas para Adolescentes). ▪ Involucrar a las organizaciones que ofrecen servicios para adolescentes/enfocadas en los adolescentes, donantes humanitarios, entidades gubernamentales, ONGs y OBCs; construir sobre la base de sus servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar que se otorgue a la SSRA igual importancia cuando se emplean servicios de SR integrales (Hojas de Datos del PSIM, Herramientas de Distribución Basada en la Comunidad, Herramientas Basadas en el Establecimiento) ▪ Mediante enfoques multi-sectoriales, identificar y tratar las necesidades de los adolescentes de SSRA. (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM) ▪ Involucrar a los padres y a las comunidades en la SSRA (Herramienta de Participación de la Comunidad y de los Padres) ▪ Trabajar codo a codo con los adolescentes para asegurar que los servicios sean accesibles, aceptables y adecuados para todos los adolescentes, incluidos los sub-grupos de alto riesgo. (Herramienta de Participación de los Adolescentes, Herramienta de Puntos de Partida para la SR en Programas para Adolescentes) ▪ Continuar involucrando a las entidades gubernamentales en la SSRA para asegurar el liderazgo y la titularidad nacional (Hoja de Datos del PSIM)

Cont. ▶

Atención de las necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios			
<p>Evaluación y Monitoreo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abogar por la inclusión de las cuestiones relacionadas con la SSRA en herramientas de evaluación rápida • Identificar adolescentes en riesgo y discutir cómo mitigar las amenazas que enfrentan. • Revisar las leyes y políticas nacionales que tratan el tema de la SSRA • Trazar un mapa de las organizaciones que ofrecen servicios para adolescentes y sus estrategias para tratar el tema de la SSRA • Abogar por la recolección y el informe de datos clasificados por sexo y edad de las clínicas y los establecimientos de salud • Analizar las lecciones aprendidas, las buenas prácticas y los desafíos al tratar la SSRA en emergencias anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los sub-grupos de adolescentes de mayor riesgo (Hojas de Datos del PSIM, Herramientas de Evaluación y de Participación de los Adolescentes) • Abogar por la inclusión de la SSRA y de las cuestiones demográficas adolescentes en evaluaciones rápidas iniciales (Herramienta de Evaluación Rápida Inicial) • Asegurar la recolección y el informe de datos sobre SSRA clasificados por sexo y edad de todas las clínicas y los establecimientos de salud (Formulario de Información Mensual sobre SSRA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo un análisis situacional de la SSRA (Herramienta de Análisis Situacional) • Incluir preguntas específicas sobre SSRA en la evaluación integral de las necesidades de SR (Herramienta de Sondeo de SR Integral) • Recolectar datos sobre SSRA clasificados por sexo y edad de manera regular de todas las clínicas, los establecimientos de salud y los programas basados en la comunidad e informar sobre la SSRA (Formulario de Informe Mensual sobre SSRA, Herramientas de Distribución Basada en la Comunidad) • Establecer mecanismos de comunicación y asegurar que los adolescentes participen en la implementación, el monitoreo y la evaluación de los programas de SSRA (Herramienta de Participación de los Adolescentes) • Analizar y compartir las lecciones aprendidas, las buenas prácticas y los desafíos (Herramienta de Intercambio de Lecciones Aprendidas)
<p>Servicios de SSRA Basados en Establecimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal de salud en la respuesta rápida de SSRA y trabajar con los adolescentes en riesgo. • Trazar un mapa de los servicios y los proveedores de SSRA basados en establecimientos • Identificar los recursos para la capacitación sobre servicios de salud de fácil acceso para los adolescentes • Asegurar que los lineamientos y protocolos operativos de los servicios de fácil acceso para los adolescentes incluyan la SSRA en situaciones de emergencia • Abogar por la recolección y el informe de datos clasificados por sexo y edad de las clínicas y los establecimientos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar los servicios de salud de fácil acceso para los adolescentes durante la implementación del PSIM (Matriz y Hojas de Datos del PSIM) • Asegurar que los adolescentes tengan acceso al tratamiento ARV cuando sea necesario (Matriz del PSIM, Hoja de Datos sobre VIH) • Asegurar que los protocolos estandarizados traten el tema de la SSRA (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM) • Establecer servicios de apoyo psico-social y de salud mental para adolescentes (Hoja de Datos de Apoyo Psico Social y de Salud Mental, Lista de Servicios de SR de Fácil Acceso para los Adolescentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los proveedores de servicios sobre los servicios de fácil acceso para los adolescentes (Lista de Servicios de SR de Fácil Acceso para los Adolescentes) • Evaluar a los adolescentes que llegan al centro de salud en cuanto a los aspectos psicosocial, de protección y de SR (Herramienta de Evaluación HEADSSS) • Asegurar que los adolescentes tengan acceso a los servicios integrales de SSRA (Hojas de Datos, Lista de Servicios de Salud de Fácil Acceso para los Adolescentes)

Atención de las necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios			
<p>Servicios de SSRA Basados en la Comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar en qué lugares los adolescentes reciben servicios de SSRA (fuera de los establecimientos de salud) ▪ Identificar los puntos de partida para discutir la SSRA en la comunidad ▪ Involucrar a los líderes, padres y otros adultos de la comunidad en la SSRA en las emergencias ▪ Determinar prácticas de higiene menstrual y proveer recursos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer puntos de distribución de preservativos de fácil acceso para los adolescentes (Matriz del PSIM, Hoja de Datos sobre VIH, Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) ▪ Proporcionar materiales sanitarios a niñas adolescentes (Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) ▪ Establecer centros de tratamiento especial y recursos para los adolescentes en riesgo (Hoja de Datos sobre Salud de la Madre y del Recién Nacido, Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) ▪ Establecer o identificar espacios para adolescentes, cuando corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer sistemas para la distribución basada en la comunidad (DBC) de preservativos y métodos de planificación familiar (PF) para adolescentes (Herramientas de Distribución Basada en la Comunidad) ▪ Evaluar a los adolescentes a nivel comunidad en cuanto a los aspectos psicosocial, de protección y de SSR (Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescente) ▪ Implementar un sistema de educación de pares para compartir la información sobre SSRA ▪ Involucrar a los niños varones en la deconstrucción de las normas de género (Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes)
<p>Protección y Derechos Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar o establecer un código de conducta sobre EAS y capacitar a los actores humanitarios locales e internacionales ▪ Asegurar que el mecanismo de denuncia de EAS sea de fácil acceso para los adolescentes ▪ Revisar las leyes, políticas y marcos nacionales que aseguren a los adolescentes el acceso a los servicios de SSR ▪ Capacitar al personal a cargo de la ejecución de la ley en la protección de los adolescentes en emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar que todos los grupos de interés tengan conocimiento de los derechos de los adolescentes (Un Marco de Derechos Humanos y del Niño) ▪ Exigir el cumplimiento estricto de la política de tolerancia cero para EAS (Un Marco de Derechos Humanos y del Niño, Hoja de Datos del PSIM y de VG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar que se incluya a los adolescentes en la programación integral de VG (Hoja de Datos del PSIM y de VG, Herramienta de Participación de los Adolescentes) ▪ Asegurar que los datos clasificados por sexo y edad se incluyan en los mecanismos de información sobre protección/derechos humanos ▪ Asegurar que todos los grupos de interés tengan conocimiento de los derechos de los adolescentes (Un Marco de Derechos Humanos y del Niño) ▪ Exigir el cumplimiento estricto de la política de tolerancia cero para EAS (Un Marco de Derechos Humanos y del Niño, Hoja de Datos del PSIM y de VG) ▪ Asegurar que los adolescentes sepan cómo acceder al mecanismo de denuncia de EAS

Atención de las necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios			
Información, Educación, Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar una estrategia sobre los canales de comunicación para llegar a los adolescentes al inicio de las emergencias ▪ Revisar, adaptar y desarrollar materiales de IEC para SSRA en emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar a los adolescentes información acerca de qué servicios de SSR están disponibles y cuándo se puede acceder a ellos (Matriz de PSIM, Hojas de Datos) ▪ Asegurar que los adolescentes puedan acceder a información de fácil acceso para ellos sobre SSR (Herramientas de Distribución Basada en la Comunidad, Herramienta de Servicios de Salud de Fácil Acceso para los Adolescentes) ▪ Asegurar el acceso a la educación, tanto formal como informal (Hoja de Datos de Coordinación del PSIM Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar que la educación sobre SSR y VIH se incluya en los programas escolares (Herramienta de Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) ▪ Incluir educación sobre pubertad para adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años) (Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes) ▪ Establecer enlaces con capacitación sobre aptitudes de vida para el VIH (Hoja de Datos del PSIM, Puntos de Partida de SR en Programas para Adolescentes)▪ ▪ Generar demanda adolescente y apoyo comunitario para la provisión de servicios de salud (Herramientas de Distribución Basada en la Comunidad)

Notas finales

- 1 Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, 2003.
- 2 UNFPA. "Adolescents and Young People: Key Health and Development Concerns." *Estado de la Población Mundial 2004*. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>
- 3 UNFPA. *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework*. UNFPA, 2008.
- 4 UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2004*.
- 5 UNFPA. *Making Reproductive Health a Reality for All: Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework*.
- 6 UNFPA. *UNFPA and Young People: Imagine*. UNFPA 2003. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/582_filename_unfpa_and_young_people.pdf.
- 7 UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2004*.
- 8 UNFPA. *UNFPA and Young People: Imagine*.
- 9 Save the Children UNICEF, *The Evolving Capacities of the Child*, 2005.

Implementación del PSIM

con **inclusión de los adolescentes**



para la Salud Reproductiva
en Contextos Humanitarios

¿Qué es el PSIM? En emergencias agudas, se enfatizan las intervenciones tendientes a salvar vidas, tales como proporcionar agua e higiene, controlar enfermedades contagiosas, tratar las lesiones y garantizar una nutrición adecuada. Las intervenciones de SR también salvan vidas y son sumamente importantes en todo momento, incluso durante las crisis. Sin embargo, si no se presta especial atención a las intervenciones de SR, pueden pasarse por alto o demorarse durante una situación de emergencia.

El **Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Reproductiva** consiste en una serie de intervenciones prioritarias y está diseñado para “reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad entre las poblaciones afectadas por crisis, en especial en mujeres y niñas”.¹⁰ El PSIM contiene lineamientos para brindar servicios de SR coordinada durante las fases tempranas de una emergencia (producida por un desastre natural o por el hombre) y guía la planificación para los servicios integrales de SR cuando la situación se haya estabilizado. La Implementación del PSIM se ha incluido en el Manual SPHERE como un *deber de cuidado* en la respuesta ante un desastre.¹¹

El PSIM tiene cinco objetivos:

- asegurar la coordinación de la SSR;
- prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual;
- prevenir el exceso de recién nacidos, así como la morbilidad y la mortalidad maternal;
- reducir la transmisión del VIH;
- planificar la provisión de servicios integrales de SSR.

Además de describir cómo establecer los servicios que apuntan a cada uno de los objetivos, el PSIM brinda información acerca de cómo calcular las necesidades de provisión de SSR y procurar Kits Inter-Agenciales de SR de Emergencia, los cuales contienen los materiales necesarios para brindar servicios de SSR durante una crisis humanitaria.

NOTA SOBRE SENSIBILIDAD CULTURAL:

Durante una situación de emergencia, las agencias de implementación pueden estar tentadas a “apurarse” e introducir los programas sin tener en cuenta el contexto local. Si bien el PSIM se centra en *las intervenciones tendientes a salvar vidas* y deben implementarse sin demora, es importante mantener en mente el contexto cultural, en especial cuando se tratan temas relacionados con la SSRA (un tema sensible en algunas culturas).

Al introducir las intervenciones de SSRA, los administradores y el personal del programa deberían tener conocimiento de las creencias y costumbres locales relacionadas con la sexualidad de los adolescentes y la SSR. Promover el diálogo e involucrar a la comunidad, a los padres y a los adolescentes en la planificación, la implementación y la evaluación de los programas de SSRA no sólo mejorará la calidad del programa, sino que también ayudará a garantizar que las cuestiones sensibles como la VG, el embarazo temprano y el VIH se traten de maneras culturalmente aceptables dentro del contexto local.

La introducción de intervenciones tendientes a salvar vidas nunca debería demorarse, pero la sensibilidad cultural es clave para la aceptación comunitaria y la adopción de los programas y los servicios relacionados con la SSRA.

¿Cómo trata el PSIM la SSRA?

El PSIM es una guía para las intervenciones prioritarias de SR en emergencias y no describe específicamente cómo hacer que los servicios incluyan a los adolescentes. No obstante ello, las agencias deberían tomar medidas para asegurarse de que las necesidades de SSR de los adolescentes sean tratadas durante la implementación del PSIM.

Cada uno de los componentes del PSIM se describe en mayor detalle en la matriz del PSIM y en las Hojas de Datos incluidas en estas herramientas. La matriz y las hojas de datos presentan ejemplos de cómo identificar y manejar las necesidades de SSR de los adolescentes en la comunidad.¹² Se puede encontrar mayor información sobre el PSIM en el *Módulo de Aprendizaje a Distancia del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos*, disponible en <http://misp.rhrc.org>.

Matriz de Servicios del PSIM

La siguiente tabla muestra los servicios de SSR ofrecidos a través del PSIM y los pasos que deben tomarse cuando se planifican los servicios integrales de SSR. La presente tabla ha sido adaptada de la tabla incluida en el Capítulo 2 del MTIA. El texto en negro fue tomado directamente de la tabla que figura en el capítulo del PSIM. El texto en

negrita, en color naranja, demuestra las intervenciones que se pueden incorporar para brindar servicios de SR que incluyan a los adolescentes durante la implementación del PSIM y mientras se planifican los servicios integrales de SR.

La tabla apunta a ayudar al Funcionario de SR designado por la Agencia Principal de SR y por el Grupo de Salud a abogar por la inclusión de los adolescentes en las reuniones de coordinación de SR y a asegurar que se incluya a los adolescentes en las intervenciones del PSIM. Además, la tabla puede ayudar a los administradores del programa a asegurar que las intervenciones de su programa (durante la implementación del PSIM y mientras se planifican los servicios integrales de SR) incluyan a los adolescentes.

Hojas de Datos del PSIM

Las hojas de datos incluidas en esta sección fueron diseñadas para acompañar a la Matriz de Servicios del PSIM. Estas hojas ofrecen mayor detalle en cuanto a los servicios clave de SSRA que deberían proveerse para asegurar una implementación del PSIM que incluya a los adolescentes. Asimismo, brindan un breve resumen de las consideraciones de SSRA al planificar los servicios integrales de SR.

LECTURA SUGERIDA:

1. OMS, UNFPA, ACNUR. *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*. Capítulo 2, “Paquete Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva”, 2009.
2. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Paquete de Servicio Inicial Mínimo (PSIM) para la Salud Reproductiva ante Situaciones de Crisis: Módulo de Aprendizaje a Distancia*. <http://misp.rhrc.org>.

Matriz de servicios PSIM que incluyen adolescentes

Área del Tema	Servicios de SSR del PSIM	Planificación para Servicios SSR Integrales
Planificación Familiar (PF)	<p>Tener disponibles y entregar anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A pesar de que la planificación familiar integral no forma parte del PSIM, los anticonceptivos deben estar disponibles cuando se los soliciten.</i> • <i>El personal de salud debe saber que los adolescentes que soliciten anticonceptivos tienen derecho a recibir dichos servicios, independientemente de su edad y estado civil.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal • Establecer programas integrales de planificación familiar • Brindar educación a la comunidad • Garantizar que una amplia variedad de métodos de PF se encuentren disponibles gratuitamente • Entregar a la comunidad información, educación y comunicación (IEC) orientada a adolescentes • Involucrar a los adolescentes, padres y líderes de la comunidad en el desarrollo de estrategias IEC para la PF en la comunidad • Capacitar al personal para que los servicios de PF sean amenos para los adolescentes • Capacitar a los adolescentes en la Distribución Basada en la Comunidad (DBC) para la educación en PF, la distribución de preservativos y la píldora anticonceptiva oral (PAO) y derivaciones a los centros de salud. • Promover el uso de una doble protección (evitar embarazos y también ITSs, incluido el VIH)
Violencia de Género (VG)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y garantizar la prevención de violencia sexual en el sector de la salud • Brindar atención clínica a los sobrevivientes de violencia sexual • Brindar en los centros de salud una atención amena para los adolescentes sobrevivientes de violencia sexual • Junto con el Grupo de Protección y el sub-Grupo de VG, identificar una red de derivación multi-sectorial para los sobrevivientes más jóvenes de VG • Incentivar a los adolescentes a que participen de fuerzas de trabajo multi-sectoriales para la prevención de VG • A través de los adolescentes, crear concientización en la comunidad acerca del problema de violencia sexual, estrategias para la prevención y atención de los sobrevivientes • Comprometer a los asistentes tradicionales de partos (ATPs) y a los trabajadores comunitarios de la salud (TCSs) para que se vinculen con los servicios de salud que atiendan a sobrevivientes jóvenes de violencia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la atención médica, psicosocial, social y legal para sobrevivientes • Evitar y considerar otras formas de VG, como por ejemplo la violencia doméstica, matrimonio prematuro o forzado, mutilación genital femenina, tráfico, etc. • Brindar educación a la comunidad • Involucrar a líderes adolescentes, padres y líderes de la comunidad en el desarrollo de estrategias para evitar la VG en la comunidad • Lograr que la juventud se involucre, dentro de la comunidad, en la educación para la prevención de VG • Concientizar a la comunidad sobre el problema de VG, estrategias para la prevención y brindar la ayuda disponible a los sobrevivientes • Lograr que los hombres uniformados se sensibilicen sobre la VG y sus consecuencias • Establecer grupos de apoyo entre pares

Cont. ▶

Matriz de servicios PSIM que incluyen adolescentes		
Área del Tema	Servicios de SSR del PSIM	Planificación para Servicios SSR Integrales
Atención a la Madre y el Recién Nacido	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de derivación de 24 horas, todos los días para casos de emergencia obstétrica Entregarle a las parteras elementos para el parto, incluido los elementos para la resucitación del recién nacido Entregar elementos limpios para el parto Lograr que los servicios que se brindan en centros de salud sean amenos para los adolescentes Coordinar con el Grupo de Salud y otros sectores a fin de identificar a las adolescentes embarazadas dentro la comunidad y vincularlas con los servicios de salud Comprometer a los ATPs y TCSs a que las madres jóvenes se vinculen con los servicios de salud Incentivar a que las madres adolescentes tengan sus hijos en centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar atención pre-natal Brindar atención post-natal Capacitar a los especialistas (parteras, enfermeras y doctores) para la Atención Obstétrica y Neonatal de Emergencia (AONE) Tener acceso a la AONE básica y a la AONE integral avanzada Crear conciencia acerca de los riesgos de una maternidad temprana y la importancia de partos realizados por profesionales en centros de salud Integrar los servicios de salud social y apoyo psicosocial para las madres adolescentes
ITSs, Incluido Prevención y Tratamiento de VIH	<ul style="list-style-type: none"> Brindar acceso a preservativos gratis Garantizar adhesión a precauciones estándares Asegurar transfusiones de sangre seguras y racionales <i>A pesar de que la programación de ITS no integra el PSIM es importante brindar tratamiento sintomático a los pacientes que solicitan atención, como parte de los servicios clínicos de rutina</i> <i>A pesar de que la provisión continua de la terapia antirretroviral (TAR) no integra el PSIM, es importante brindar tratamiento a los pacientes que ya recibieron terapias antirretrovirales (TARs) para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) lo antes posible.</i> Brindar acceso discreto a la entrega de preservativos gratuitos en puntos de distribución para adolescentes Asegurar que los servicios de salud sean amenos para los adolescentes y estén disponibles para los que se acercan a los centros de salud con síntomas de ITS 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer servicios integrales de prevención y tratamiento de ITS, incluido sistemas de control de ITS Colaborar en la generación de servicios integrales de VIH, según sea necesario. Brindar atención, apoyo y tratamiento a personas que vivan con VIH Crear conciencia sobre los servicios de prevención, atención y tratamiento para ITSs, incluido el VIH Crear conciencia sobre los servicios de prevención y tratamiento para ITSs/VIH entre los adolescentes Capacitar al personal para que los servicios relacionados con VIH y ITS resulten amenos para los adolescentes Capacitar a los adolescentes en DBC para la distribución de preservativos, a fin de brindar educación sobre prevención y pruebas de ITS/VIH y servicios de tratamiento, y a fin de brindar derivaciones para los servicios Establecer programas, incluida la educación entre pares, para los adolescentes con mayor riesgo de contagiarse y transmitir VIH

PSIM: Hoja de Datos de Coordinación para la Salud Sexual y Reproductiva

La implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Reproductiva en Situaciones de crisis requiere de la coordinación entre los actores humanitarios a nivel local, regional, nacional e internacional. La coordinación efectiva ayudará a asegurar que los recursos se utilicen de manera eficiente, que los servicios se distribuyan por igual (sin brechas o duplicaciones) y que la información se comparta entre todos los actores involucrados.

A continuación se incluyen algunos elementos clave de coordinación y ejemplos de cómo pueden aplicarse para asegurar que la implementación del PSIM incluya a los adolescentes.

Coordinación a nivel grupo:

La coordinación de actividades de SR durante una emergencia aguda es responsabilidad del Grupo de Salud Global y de la Agencia Principal de SR, la cual es designada por el Grupo de Salud. La Agencia Principal de SR designa a un Funcionario de SR a tiempo completo por un período mínimo de tres meses, durante el cual se

proporciona apoyo técnico y operativo a los asociados para asegurar que se priorice la SR y que haya una buena cobertura de los servicios del PSIM. El Funcionario de SR supervisa la implementación del PSIM y mantiene un estrecho contacto con los representantes y los grupos de interés de SR a nivel campo.

Las actividades de coordinación clave que deberían tener lugar durante la implementación del PSIM se detallan a continuación en los *Términos de Referencia (TdR)* para el Funcionario de SR. La siguiente tabla ha sido adaptada de una tabla incluida en el Capítulo 2 de la MTIA. El texto en negro está tomado directamente de la tabla incluida en el Capítulo 2 y el texto **en negrita, en color naranja**, destaca las responsabilidades adicionales que deberían agregarse para hacer que las intervenciones del PSIM y la planificación de los servicios integrales de SR incluyan en mayor medida a los adolescentes. Si bien estas intervenciones relacionadas con la SSRA deberían, idealmente, integrarse en las responsabilidades comunes del Funcionario de SR, se han listado en forma separada aquí para destacarlas.

Agencia Principal: Términos de Referencia para Funcionario de SR	
<p>Coordinar, comunicar y colaborar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en estrecha colaboración con los coordinadores del sector/grupo y participar activamente y brindar información en las reuniones del sector/grupo de salud; • Convocar a reuniones ordinarias con los grupos interesados en SR en los niveles correspondientes (nacional, sub-regional/regional y local) a fin de discutir, resolver problemas, generar estrategias y coordinar para que se garantice la implementación del PSIM. • Garantizar una comunicación regular entre todos los niveles y que las conclusiones clave, cuestiones y actividades vuelvan a informarse al mecanismo de coordinación integral sobre salud, a fin de identificar las sinergias y evitar la duplicación de esfuerzos y estructuras paralelas; • Vincularse con otros sectores (Protección, VG, VIH/SIDA) que se dediquen a SR; • Obtener materiales de referencia/recursos e insumos para la implementación del PSIM; • Brindar lineamientos técnicos y operativos para la implementación de PSIM y una orientación específica para la audiencia respecto de PSIM cuando y donde sea posible (por ejemplo, para los proveedores de servicios, los trabajadores comunitarios de la salud, el personal del programa y la población beneficiaria, incluidos los adolescentes); • Informar a los líderes del sector/grupo de la salud sobre las cuestiones que necesiten respuesta (EG, políticas u otras barreras que limiten el acceso de la población a los servicios de PSIM); • Divulgar el Resumen de PSIM a los principales grupos de interés • Obtener financiamiento para SR dentro del sector/grupo de salud a través de solicitudes y procesos relacionados con la planificación en cuestiones humanitarias.

Cont. ▶

Agencia Principal: Términos de Referencia para Funcionario de SR	
Coordinar, comunicar y colaborar: (cont)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abogar por la atención de la SR a adolescentes durante la implementación del PSIM; ▪ Identificar a los adolescentes más vulnerables a través de la colaboración multi-sectorial y garantizar que tengan acceso a los servicios de SR; ▪ Entregarle a los adolescentes información acerca de cuáles son los servicios de SR disponibles y cuándo pueden acceder a ellos; ▪ Lograr el compromiso de las entidades gubernamentales relacionadas con SSRA a fin de asegurar el liderazgo y titularidad nacionales; ▪ Durante la planificación para servicios integrales de SR: ▪ Continuar con los enfoques multi-sectoriales de SR, a fin de garantizar que las necesidades de los adolescentes queden identificadas y sean consideradas; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar con otros grupos de interés (agencias, MdS) para asegurar que las necesidades de SR de adolescentes estén satisfechas, sin duplicación de servicios; ▪ Continuar con el compromiso de las entidades gubernamentales relacionadas con SSRA a fin de asegurar el liderazgo y titularidad nacionales; ▪ Abogar con los líderes de los servicios uniformados (policía, militares) para que se establezcan y lleven a cabo políticas de tolerancia cero para la VG
Identificar, familiarizarse y entender:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los elementos de políticas nacionales del país en cuestión, las reglamentaciones y derecho consuetudinario que apoyen las actividades del PSIM; ▪ Los elementos de políticas nacionales del país en cuestión, las reglamentaciones y derecho consuetudinario que creen barreras y limiten el acceso de la población afectada a los servicios del PSIM ▪ Los protocolos estandarizados del MdS para áreas específicas (tales como la gestión clínica de violación y derivación de emergencias obstétricas; y, en los casos de planificación para servicios integrales de SR, la gestión sindrómica en casos de ITSs y PF). Si no existen políticas del MdS, remitirse y aplicar los protocolos de la OMS; ▪ Revisar y actualizar los protocolos de SR a fin de asegurar que contemplen las necesidades de los adolescentes.
Obtener información básica sobre demografía y salud:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar con el sector/grupo de salud para asegurar la compilación o análisis de información básica sobre demografía y salud de la población afectada, incluido: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Población total; ▪ Cantidad de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49, que se estima en un 25 por ciento de la población); ▪ Cantidad de los hombres sexualmente activos (que se estima en un 20 por ciento de la población); ▪ Tasa bruta de natalidad (estimada en un 4 por ciento de la población); ▪ Tasa de mortalidad por edad (incluida la tasa mortalidad de bebés de 0 a 28 días); ▪ Utilizar la lista de verificación de PSIM para monitorear los servicios. Trabajar dentro del contexto de la estructura integral para la coordinación de la salud a fin de recabar información sobre la provisión de servicios, analizar los resultados y responder a los vacíos que se identifiquen en la provisión de servicios. ▪ Incorporar los indicadores que recaben información demográfica de los adolescentes así como también la utilización de los servicios de SR; ▪ Durante la planificación para servicios integrales de SR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorear, analizar e informar sobre los servicios de SR para adolescentes mediante la utilización de indicadores mensuales estandarizados.

Las intervenciones de SSR, incluida la implementación del PSIM, deberían discutirse en el Grupo de Salud (o dentro del sector de salud en aquellas situaciones en las cuales el Grupo no se encuentra activado). Ello permitirá la coordinación de las actividades entre las ONGs, las agencias de NU y las autoridades nacionales y asegurará la cobertura de los servicios sin duplicaciones ni brechas. Todo el personal de SR debería abogar por la inclusión de los adolescentes durante la implementación del PSIM.

EJEMPLO DE SSRA: COORDINACIÓN A NIVEL GRUPO

Luego de una intensificación de los enfrentamientos en la región, existe un masivo flujo de desplazados internos (DIs) hacia los asentamientos donde su agencia brinda servicios de salud. Su agencia ha sido designada por el Grupo de Salud Mundial para liderar la coordinación de SR en la implementación del PSIM y además usted ha sido designado como el Funcionario del Programa en SR. Se le informa que existe un gran número de adolescentes desamparados entre los nuevos ingresantes. Al saber que estos adolescentes se encuentran en alto riesgo respecto de SR y problemas sociales, usted debe abogarse, junto con los Grupos de Salud y Protección, a designar a quienes serán los responsables de satisfacer las necesidades de los adolescente con mayor riesgo en los asentamientos.

Enfoques multi-sectoriales de la SSR:

Los enfoques multi-sectoriales de la SSR, que implican la salud, la protección, la salud mental y el apoyo psicosocial, los servicios comunitarios, la gestión de asentamientos y la educación, promueven la coordinación y aumentan la probabilidad de que los adolescentes vulnerables accedan a la información sobre SR y a los servicios de SR. Las preocupaciones relacionadas con la SSR (incluida la SSRA) se tratan en reuniones de coordinación multi-sectoriales, de manera que los enfoques integrados se puedan identificar para tratar los problemas.

EJEMPLO DE SSRA: ENFOQUES MULTI- SECTORIALES DE LA SSR

Luego de las recientes elecciones políticas, existen varios conflictos civiles y desplazamientos masivos de la población. Los informes muestran que varias niñas jóvenes han sido violadas durante protestas violentas que se han sucedido en las ciudades. Debe conformarse un grupo de trabajo multi-sectorial contra la VG, integrado por adolescentes y representantes de varios sectores. El grupo de trabajo desarrolla estrategias para garantizar que los servicios de salud orientados a adolescentes estén situados en un lugar destinado a los sobrevivientes de agresiones sexuales y además establece una red de derivación para los sobrevivientes. El grupo trabaja con cada sector a fin de identificar a los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y garantizar que obtengan información sobre los servicios de SR disponibles y además evalúa las medidas de prevención para asegurar que protejan a los adolescentes con mayores riesgos.

Orientación para el PSIM:

Deberían llevarse a cabo orientaciones específicas según el público para presentar el PSIM a los grupos de interés correspondientes, incluidos los empleados de la salud, la población beneficiaria, el personal de servicio comunitario y el personal uniformado.

EJEMPLO DE SSRA: ORIENTACIÓN DEL PSIM

Las sesiones de orientación de PSIM se mantienen en clubes de adolescentes, escuelas y otros programas donde se reúnen los adolescentes, con el objeto de informarles sobre los servicios de SSRA que se brindan y enseñarles dónde y cómo pueden acceder a ellos. También brinda un foro participativo y la posibilidad de enseñarles a otros adolescentes sobre los servicios disponibles a través del PSIM así como también informarlos sobre potenciales sitios donde los adolescentes puedan obtener preservativos de manera gratuita.

Uso de los protocolos de SR estandarizados:

Para promover la provisión de un servicio de calidad, deberían utilizarse los protocolos de SR estandarizados (ya sean los procedentes del MdS o, en caso de que éstos no existan, los procedentes de la OMS) y deberían revisarse para atender a las necesidades específicas de los adolescentes. Entre los protocolos estandarizados del PSIM podrían incluirse (1) servicios clínicos de fácil acceso para los adolescentes, (2) gestión clínica de los sobrevivientes a la violencia sexual, (3) tratamiento y referencia de pacientes con emergencias obstétricas, (4) precauciones estándar¹³ y (5) distribución de preservativos. A medida que la situación se estabiliza, los administradores del programa también deberían revisar los protocolos integrales estandarizados para comprobar que traten las necesidades específicas de los adolescentes y que reflejen los derechos de los adolescentes al acceso a la información sobre SR y a los servicios de SR.

EJEMPLO DE SSRA: UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE SR ESTANDARIZADOS

Luego de que se haya estabilizado la crisis aguda, el administrador del programa de SR revisa los protocolos de PF en los centros de salud y observa que allí se establece que *los servicios de PF estarán disponibles para todas las mujeres casadas todos los viernes de 8 am a 12 pm*. El administrador se da cuenta que esto excluye no sólo a las adolescentes solteras, sino también a aquellas que asisten a la escuela. Luego de una discusión con el director clínico y los trabajadores de SR, esto se cambió para que *los servicios de PF también estén disponibles durante las horas de operaciones clínicas y también se atiende a todas las mujeres y hombres, incluidos los adolescentes, independientemente del estado civil*.

Monitoreo de los servicios del PSIM:

Los resultados del PSIM deberían monitorearse utilizando la lista de disponibilidad del servicio del PSIM incluida en el Capítulo 2 del Manual Inter-Agencial de Campo. Además, la lista de Servicios de Fácil Acceso para los Adolescentes (incluida en las presentes herramientas) se puede utilizar para evaluar a los establecimientos de salud.

Se puede encontrar mayor información acerca del PSIM en el capítulo del PSIM *Salud Reproductiva en Situaciones de Refugio: Un Manual Inter-Agencial de Campo* y el Módulo de Aprendizaje a Distancia del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, que están disponibles en www.misp.rhrc.org.

EJEMPLO DE SSRA: MONITOREO DE LOS SERVICIOS DEL PSIM:

Como parte de su respuesta de emergencia a un terremoto, una agencia monitoreó los servicios brindados a través de la implementación del PSIM. El administrador del programa encontró que faltaba información sobre los servicios de salud reproductiva en adolescentes e incorporó las siguientes revisiones a las herramientas de recolección de información:

- *Total de la población, clasificada por edad y sexo: (menores de 10 años, 10-14 años y 15-19 años)*
- *Cantidad de preservativos distribuidos + Cantidad de preservativos distribuidos donde los adolescentes pueden conseguirlos*
- *Cantidad de casos de violencia sexual informados en todos los sectores, clasificados por edad y sexo (menores de 10 años, 10-14 años; 15-19 años; mayores a 20 años)*

PSIM: Hoja de Datos sobre los Adolescentes y la Violencia Sexual

¿Por qué es importante considerar la violencia sexual en adolescentes en contextos de emergencia?

Durante una emergencia aguda, es probable que se incrementen los incidentes de violencia sexual, incluidos la violación, el abuso sexual y la explotación sexual. Los adolescentes que se enfrentan a la pobreza o a la separación de sus familias o comunidades como resultado de una situación de emergencia están en riesgo de sufrir violencia sexual. Podrían ser obligados a ofrecer sexo a cambio de comida, vestimenta, seguridad u otras necesidades o podrían vender sexo para ganar dinero para lo que ellos o sus familias necesiten. Las niñas adolescentes, en particular si no están acompañadas o tienen la responsabilidad de cuidar a hermanos menores, están en riesgo de violación y EAS, por su dependencia de otros para sobrevivir, por su limitado poder de toma de decisiones y por su limitada capacidad para protegerse a sí mismas.¹⁴ Además, las niñas jóvenes pueden ser sometidas por sus familias a matrimonios prematuros forzados debido a su adversidad económica. Las disparidades de poder relacionadas con el sexo y la edad pueden tornarse más prominentes en un contexto de emergencia. A pesar de la agitación social que se produce durante una crisis, puede suceder que se pretenda que las niñas adolescentes mantengan determinadas normas culturales, tales como la modestia y la virginidad; si no cumplen con dichas normas, están en riesgo de sufrir situaciones de violencia de los hombres dentro de sus hogares o de la comunidad.

Las niñas adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual:

- durante los conflictos, cuando la violación se puede utilizar como un método de guerra;
- durante los conflictos, cuando las niñas adolescentes pueden ser forzadas a convertirse en niñas soldado o en esclavas sexuales;
- durante el desplazamiento de sus hogares de origen;
- mientras están en busca de agua o de leña;
- en instalaciones sanitarias o baños sin seguridad o protección;
- en manos de militares, integrantes de fuerzas de paz, empleados humanitarios o miembros de la comunidad (se incluyen tanto la agresión como la explotación sexual).

Si bien la mayoría de los sobrevivientes de VG son mujeres y niñas, los hombres y los niños también pueden ser sometidos a violencia sexual. Los adolescentes marginados, como los que poseen discapacidades, los extranjeros y los indígenas, entre otros, también están en riesgo de EAS.

¿Cuáles son las consecuencias de la VG entre adolescentes?

Los adolescentes sobrevivientes a la violencia sexual están en riesgo de daño físico, ETSs (incluido el VIH), embarazos no deseados y abortos en condiciones no seguras. Además de los daños físicos, los sobrevivientes jóvenes a la violencia sexual pueden sufrir graves problemas de salud mental y psicológicos. Es normal que a los sobrevivientes se les culpe por la violencia que experimentaron y que, como resultado de ello, sean estigmatizados socialmente, considerados no aptos para el matrimonio y rechazados por sus propias familias. En determinadas culturas pueden considerar que los sobrevivientes a la violencia sexual deshonraron a sus familias y comunidades y, por lo tanto, pueden estar en riesgo de “asesinatos en nombre del honor” en manos de los miembros de sus propias familias.

¿Qué intervenciones del programa deberían implementarse para tratar la VG de adolescentes en contextos de emergencia?

Es muy importante que los adolescentes sean tenidos en cuenta y sean, específicamente, considerados objetivo de las intervenciones del programa a la vez que se implementa el PSIM. Los programas deberían esforzarse para alcanzar a aquellos sub-grupos que se encuentran en mayor riesgo de violencia sexual en emergencias: los huérfanos, los adolescentes separados de sus familias, los adolescentes a cargo de sus familias, los marginados y los niños relacionados con fuerzas armadas y grupos armados (NAFAGA).

Durante la implementación del PSIM, las intervenciones del programa de SSRA para apoyar la prevención y la gestión clínica de la agresión sexual en adolescentes incluyen:

- *Actividades básicas de prevención:* Deberían introducirse patrullas para búsqueda de leña y agua, caminos bien iluminados hacia letrinas e instalaciones de baño, así como letrinas e instalaciones de baño seguras y diferenciadas por sexo. Deberían garantizarse lugares

seguros para dormir, en particular para los huérfanos y los adolescentes separados de sus familias. Los centros de reunión temporales deben estar diferenciados por sexo y edad.

- *Coordinación multi-sectorial con participación de los adolescentes:* Deberían coordinarse los esfuerzos para prevenir y tratar la violencia sexual entre los servicios de salud, de protección, de gestión de asentamientos, los servicios comunitarios y los sectores de seguridad. Entre los ejemplos de coordinación multi-sectorial se incluyen:

- Una fuerza de trabajo para la prevención de la VG (con representantes de los distintos sectores, miembros de la comunidad y adolescentes) puede identificar puntos de partida para llegar a los adolescentes y desarrollar mensajes y estrategias de prevención que traten específicamente las vulnerabilidades adolescentes;
- Debería desarrollarse un sistema de derivación inter-sectorial, para que los sobrevivientes a la violencia sexual que se presenten ante, ante cualquier sector, sean derivados y reciban servicios de salud, protección o asesoramiento,

según sea el caso;

- Se deberían mantener reuniones inter-sectoriales en forma regular para revisar las cantidades, el sexo y las edades de los nuevos pacientes de cada servicio e identificar brechas o debilidades en la red de derivación.
- Deberían realizarse esfuerzos inter-sectoriales para asegurar que existan mecanismos de denuncia de EAS y que éstos sean de fácil acceso para los adolescentes.

Servicios de fácil acceso para los adolescentes: El cuidado clínico para sobrevivientes a agresiones sexuales se debería basar en la *Gestión Clínica de Sobrevivientes de Violaciones (Clinical Management of Rape Survivors)* de la OMS/ACNUR 2004: *Desarrollar Protocolos para emplearlos con Refugiados y Desplazados Internos*, los cuales deberían incluir el tratamiento de los daños físicos (o su derivación, en caso de que los daños sean graves), Profilaxis Post-Exposición para VIH (PPE), Anticoncepción de Emergencia (AE), tratamiento presuntivo de ITSs, hepatitis B e inmunizaciones contra el tétanos y derivación a salud mental y apoyo psicosocial, o bien derivación voluntaria a protección y servicios jurídicos,

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS ORIENTADOS A ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL:

- Los servicios clínicos para los sobrevivientes de agresiones sexuales deberían estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, con el objeto de evitar demoras en el tratamiento; además, los servicios deberían ser gratuitos;
- Los sobrevivientes de violencia sexual deberían ser enviados directamente a las áreas de tratamiento para proteger su intimidad. Alternativamente, podría ingresar a la clínica por otra entrada discreta, lo que permitiría a los sobrevivientes acceder directamente al área de tratamiento, sin necesidad de pasar por la mesa de registración o la sala de espera;
- De ser posible, el examen clínico a un sobreviviente de agresiones sexuales debería ser realizado por una persona del mismo sexo. Si no es posible, una persona del mismo sexo debería acompañar al sobreviviente durante el examen físico;
- El examen con espéculo vaginal puede ser muy traumático para las adolescentes inmaduras y en ningún caso debe utilizarse en niñas que no hayan atravesado la pubertad. Si es necesario un examen con espéculo (por ejemplo, debido a una supuesta herida vaginal o un cuerpo extraño), la niña debe ser atendida por un especialista.
- Todo los trabajadores, incluidos el personal administrativo, los guardas y los encargados de la limpieza deben abstenerse de emitir juicios y además deben tener conocimiento de la necesidad de garantizar la intimidad y respeto por la dignidad de los jóvenes sobrevivientes;
- Los servicios para los adolescentes sobrevivientes de violencia sexual deberían ser confidenciales; no debería ser necesario el consentimiento de los padres;
- Los trabajadores de la salud deberían entender que los niños varones también pueden sufrir violencia sexual y que los clientes hombres deberían recibir el mismo nivel de atención clínica y respeto que reciben las sobrevivientes mujeres.

si los hubiere. La seguridad del sobreviviente siempre debe ser una prioridad y el sector de salud o de protección puede necesitar proporcionar un lugar seguro en el cual el sobreviviente pueda permanecer si existe riesgo de represalia por parte del autor y/o revictimización por parte de la familia o de la comunidad.

- **Concientización:** Todos los grupos de interés, incluidos los miembros de la comunidad, los adolescentes, el personal de salud, el personal de otros sectores, los agentes humanitarios y el personal de seguridad, deberían estar al tanto del problema de la violencia sexual y de los riesgos que enfrentan las mujeres, las niñas y otros adolescentes de alto riesgo. Las estrategias de prevención de la violencia sexual deberían comunicarse y debería ponerse a disposición la información acerca de los lugares en donde existe ayuda disponible y de cómo acceder a ella. Los adolescentes deberían saber que existen servicios confidenciales para todos los sobrevivientes, independientemente de su edad o su estado civil.

- Durante la implementación del PSIM, esta información podría brindarse a través de sesiones de orientación sobre el PSIM (las cuales deberían incluir sesiones para adolescentes), así como a través de materiales de IEC distribuidos en la comunidad. Los empleados de salud de la comunidad (ESCs) y los asistentes tradicionales de partos (ATPs) también deberían estar informados, de manera que puedan vincular a los jóvenes sobrevivientes con los servicios. Una vez estabilizada la emergencia, las campañas de información y educación para la salud pueden conferir estos mensajes con la participación de los adolescentes.

- Es importante concientizar acerca de los EAS entre el personal humanitario, incluido el personal de las agencias de NU, fuerzas de paz y ONGs. **Para todos los trabajadores humanitarios, debería exigirse el cumplimiento de una política de tolerancia cero para EAS.**

- Otros servicios uniformados (policía, militares) deberían ser sensibilizados acerca de la VG y sus consecuencias. El grupo de salud y el Funcionario de SR deberían abogar para que los oficiales se aseguren de implementar políticas de tolerancia cero para EAS entre el personal uniformado.

- **Enlaces con la comunidad:** Los programas de SSRA deberían tratar de vincularse con otras redes ya existentes en la comunidad para llegar a los adolescentes sobrevivientes y para diseminar mensajes de prevención. Por ejemplo, los ESCs y los ATPs pueden proporcionar información a la comunidad sobre las medidas de prevención y los servicios clínicos disponibles. Estas redes pueden tener conocimiento de jóvenes sobrevivientes de violencia sexual en la comunidad y deberían saber cómo derivar a estos pacientes para que reciban servicios clínicos, así como apoyo jurídico y psicosocial. Los líderes religiosos u otros líderes de la comunidad pueden también ser buenos recursos para la identificación de problemas dentro de la comunidad y para la diseminación de la información.

VG es un término más amplio que abarca una amplia gama de cuestiones, incluidos la violencia sexual, el tráfico, la violencia doméstica y las prácticas tradicionales lesivas como el corte genital femenino (CGF) y el matrimonio prematuro forzado. A medida que se estabilizan las situaciones de crisis, se reportan con más frecuencia otras formas de VG, aunque la violencia sexual continúa siendo un problema importante para los adolescentes. Una vez estabilizada la emergencia e introducidos los servicios integrales de SR, es importante la colaboración multi-sectorial para asegurar que:

- exista concientización acerca de la VG y se lleven a cabo actividades preventivas a nivel comunitario con los adolescentes, los militares y los cuerpos de paz, así como con los trabajadores humanitarios;
- la comunidad y los adolescentes participen en el desarrollo de la prevención de la VG y en la mejora de los mecanismos para manejar las denuncias de EAS;
- se capacite al personal (o se capacite nuevamente) en el monitoreo de VG y en la prevención de la violencia sexual y los sistemas de respuesta;
- se hayan establecido sistemas adecuados, confidenciales, de recolección ética de datos, de almacenamiento, de análisis y de diseminación;
- los sistemas para prevenir y tratar la VG establecidos durante la fase aguda continúen y se fortalezcan; y
- la comunidad se involucre en la derivación de los sobrevivientes a la VG a los establecimientos de salud y a otros servicios de apoyo.

LECTURA SUGERIDA:

1. OMS, UNFPA, ACNUR, *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios* 2009.
2. OMS/ACNUR, *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (revised edition), 2004.
3. CPIA. *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Emergency Settings*, 2005.
4. Sub-grupo de trabajo de la CPIA sobre Acción de Género y Humanitaria. *Establishing Gender-Based Standard Operating Procedures (SOPs) for Multi-sectoral and Inter-organisational Prevention and Response to Gender-based Violence in Humanitarian Settings*, 2008.
5. UNFPA, *Sexual Exploitation and Abuse (SEA) Information Sheet*.
<http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=521>
6. Comisión para Mujeres Refugiadas: *"Don't Forget Us": The Education and Gender-Based Violence Protection Needs of Adolescent Girls from Darfur in Chad*, 2005.
7. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Reproductiva ante Situaciones de Crisis*, 2006. www.misp.rhrc.org
8. ACNUR. *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response*, 2003.

PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y Salud para la Madre y el Recién Nacido

¿Por qué la salud para la madre y el recién nacido son preocupaciones importantes para los adolescentes en situaciones de emergencia?

Durante las emergencias, hay muchas situaciones donde las niñas adolescentes son vulnerables al embarazo temprano. Es posible que los adolescentes sexualmente activos no tengan acceso a la información acerca de la reproducción o a servicios de PF y podrían practicar sexo sin protección. Es de esperar que las adolescentes casadas queden embarazadas de inmediato para demostrar su fertilidad. Las niñas adolescentes están en riesgo de violación, EAS o pueden ser obligadas a involucrarse en el trabajo sexual para satisfacer sus propias necesidades o las de sus familias. Las jóvenes niñas soldado pueden ser forzadas a “casarse” con los comandantes o a tener sexo con otros combatientes.

En cualquier situación, las mujeres jóvenes embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo. Esto es especialmente cierto en el contexto de emergencia, cuando los sistemas de apoyo familiares y sociales se encuentran interrumpidos y los servicios de salud pueden ser menos accesibles que durante épocas normales. Un estudio llevado a cabo en países del África subsahariana ha sugerido que la mortalidad materna es sustancialmente mayor en los países que padecieron recientemente conflictos armados, a diferencia de aquellos sin conflicto reciente.¹⁵

El embarazo es una de las causas principales de muerte entre niñas de 15 a 19 años, con mayor frecuencia debido a complicaciones en el parto y a abortos en condiciones no seguras.¹⁶ Entre los adolescentes de 15 a 19 años, tienen el doble de probabilidad de morir durante el embarazo y el parto (al igual que aquellas que ya tienen 20 años) y las adolescentes muy jóvenes, de menos de 15 años, tienen un riesgo 5 veces mayor de muerte durante el embarazo y el parto en comparación con mujeres de 20 años y mayores.¹⁷ Las adolescentes, en especial las niñas de menos de 16 años, tienen la pelvis inmadura, la cual puede resultar demasiado pequeña para permitir que un bebé atraviese el canal de parto. Esto puede provocar retención fetal, una emergencia médica que requiere de una cesárea de emergencia. La demora en el acceso a la atención obstétrica de emergencia debido a una retención fetal puede conducir a una fístula obstétrica o a una ruptura uterina, hemorragia y muerte, tanto de la madre como del bebé.

También es más probable que las madres adolescentes sufran abortos espontáneos, nacimientos prematuros y

nacimientos sin vida que las madres mayores. Los niños de madres adolescentes tienen una probabilidad un 50 por ciento mayor de muerte durante su primer año de vida que aquellos de madres de 20 años.¹⁸ Y los países que han experimentado guerras o agitación civil recientes poseen tasas particularmente altas de mortalidad de recién nacidos.¹⁹

Las cuestiones sociales también colocan a las madres adolescentes en la categoría de alto riesgo. Las niñas que quedan embarazadas, por lo general son forzadas a abandonar la escuela. Las niñas embarazadas solteras con frecuencia son rechazadas por sus familias o por la comunidad. Por ello pueden esconder sus embarazos o intentar interrumpirlos mediante el uso de métodos no seguros. Sin una familia o una red de contención social y frente a la carga económica de alimentar a un hijo, las madres jóvenes se tornan vulnerables a la explotación sexual. La violencia doméstica (incluidos el abuso físico y los “asesinatos en nombre del honor”) ponen en riesgo tanto el bienestar de las adolescentes embarazadas casadas como el de las solteras y el de sus hijos por nacer.

¿Qué intervenciones del programa deberían implementarse en una situación de emergencia para fomentar la salud de la madre y del recién nacido entre las adolescentes?

Las intervenciones de salud de la madre y del recién nacido que buscan salvarles la vida están incorporadas al PSIM en las etapas más tempranas de una emergencia aguda, cuando los servicios de salud disponibles normalmente pueden encontrarse interrumpidos o ser inaccesibles. El PSIM se centra en el parto en condiciones higiénicas y seguras para reducir la mortalidad materna y neonatal. Otros aspectos de salud para la madre y el recién nacido (cuidado pre- y post-natal, PF, etc.) se tratarán posteriormente, cuando se introduzcan.

La implementación del PSIM ofrece paquetes de parto en condiciones higiénicas a mujeres y obstetras para ser utilizados en los partos domésticos y suministros a los centros de salud. Deberían establecerse servicios básicos de cuidado obstétrico y neonatal de emergencia (CONEm) y deberían estar disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. Asimismo, deberían implementarse sistemas de derivación a los servicios de CONEm.²⁰ Los administradores del programa deberían asegurar que las adolescentes embarazadas sepan de los riesgos de un embarazo temprano y que estén vinculadas al sistema de salud para el parto.

Las intervenciones del programa de SSRA para vincular a las embarazadas jóvenes y a las madres con los servicios de salud para la madre y el recién nacido durante la implementación del PSIM incluyen:

- *Coordinación multisectorial:* Coordinar con los sectores de gestión de asentamientos, protección y servicios comunitarios para identificar a las adolescentes embarazadas en la comunidad. Concientizar al personal de todos los sectores que los embarazos adolescentes representan un alto riesgo, tanto para la madre como para el niño por nacer e identificar modos de vincular a las adolescentes embarazadas con los servicios de salud para la madre y el recién nacido (paquetes de parto en condiciones higiénicas, parto en centros de salud y servicios de derivación). De ser necesario, los trabajadores de la salud deberían vincular a las adolescentes embarazadas a otros sectores (como el de protección) para apoyo adicional.
- *Servicios obstétricos de fácil acceso para las adolescentes:* Los proveedores de cuidados de la salud deberían entender los riesgos de salud relacionados con el embarazo temprano y la importancia de brindar servicios obstétricos confidenciales a las adolescentes, independientemente de su edad o su estado civil y sin exigir el consentimiento de los padres o del cónyuge. Los empleados de salud deberían emitir ningún tipo de juicio y proteger la intimidad y la dignidad de la madre adolescente y de su hijo. Si bien siempre se deben promover los partos en centros de salud, deberían entregarse a las adolescentes embarazadas paquetes para un parto en condiciones higiénicas, que pueden utilizarse al momento del parto, ya sea en el centro de salud o doméstico. Se debería brindar a las adolescentes información y acceso a servicios de aborto en condiciones seguras, en caso de que sea legal hacerlo.
- *Involucrar a las parteras tradicionales o a los trabajadores comunitarios de la salud:* (PTs) ya se encuentran en actividad en la comunidad, pueden actuar como un vínculo con los servicios brindados por el centro de salud, identificando a adolescentes embarazadas en la comunidad e informarles acerca de dónde buscar atención si sufren complicaciones durante el embarazo.
- *Concientización acerca de los servicios disponibles:* Se debería proporcionar información acerca de los riesgos del embarazo adolescente y de los servicios obstétricos de fácil acceso para las adolescentes durante las sesiones de orientación del PSIM con grupos de adolescentes, en escuelas o en otros lugares de reunión de los adolescentes.

Luego de que la situación se haya estabilizado, se pueden introducir otras intervenciones de salud materna

y neonatal para vincular a las embarazadas jóvenes con el sistema de salud, a fin de fomentar el parto en un centro de salud. Los siguientes son algunos ejemplos:

- *Las estrategias basadas en la comunidad* para atención pre-natal y post-parto (a través de equipos médicos de asistencia o de empleados de la salud en la comunidad) pueden hacer que esos servicios sean más accesibles y aceptables para los adolescentes. Los trabajadores con base en la comunidad pueden identificar a las jóvenes embarazadas y vincularlas con los servicios de salud adecuados.
 - Se debería instruir a las PTs y a las adolescentes embarazadas acerca de la importancia de una atención profesional durante el parto. Resulta más probable que las adolescentes den a luz en un centro de salud con profesionales si están acompañadas por alguien de su confianza. Se deberían enseñar a las PTs las señales de peligro en el embarazo, el trabajo de parto y el parto, de manera que si una adolescente desarrolla una complicación durante el embarazo o el parto domiciliario, la PT sepa derivarla al centro de salud de manera inmediata.
- *Deberían desarrollarse planes de parto* con las madres jóvenes, sus parejas y sus familias para evitar demoras innecesarias a la hora de buscar atención médica cuando se encuentran en trabajo de parto.
- *Los hogares maternos* ubicados cerca de los centros de salud brindan a las mujeres un lugar seguro durante las semanas finales de sus embarazos. Establecer hogares maternos y ponerlos a disposición de las madres adolescentes puede ayudar a asegurar que estas madres de alto riesgo den a luz en establecimientos de CONEm.
- *Se deberían discutir las opciones de planificación familiar* con las madres jóvenes durante el embarazo y nuevamente en la visita post-parto y se deberían derivar para servicios de PF, si así lo desean.
- *Se debería brindar apoyo durante la lactancia* para asegurar que las adolescentes empleen prácticas adecuadas de alimentación y los niños reciban una nutrición óptima.
- *Se deberían establecer grupos de apoyo* para el cuidado infantil, a fin de ayudar a las madres adolescentes a cuidar de sus bebés.
- *Se deben integrar los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial* a los servicios de salud maternos y neonatales.
- *Se deberían respaldar los programas educativos* de manera que las madres adolescentes puedan continuar con su educación.

LECTURA SUGERIDA:

1. Graczyk, K. *Adolescent Maternal Mortality: an Overlooked Crisis*. Advocates for Youth: 2007. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fsmaternal.pdf>
2. Save the Children. *State of the World's Mothers 2006*. 2006. http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf
3. UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2004*. 2004. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9>
4. OMS, UNFPA, ACNUR. *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*, Capítulo 6: "Salud de la Madre y el Recién Nacido", 2009.
5. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Reproductiva ante Situaciones de Crisis*, 2006. www.misp.rhrc.org.
6. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*, RHRC Consortium: July, 2005. http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf.

PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y el Tratamiento y la Prevención de ITS/VIH

¿Por qué son importantes la prevención y el tratamiento de las ITS y el VIH en los adolescentes durante situaciones de emergencia?

En situaciones de emergencia, los riesgos de ITSs y VIH entre los adolescentes pueden incrementarse: las estructuras sociales que generalmente influyen en el comportamiento se hallan quebradas y las disparidades de poder entre los hombres y las mujeres pueden aumentar, lo cual puede llevar a los adolescentes a iniciar la actividad sexual, ya sea consensuada o coercitivamente, en edades más tempranas. Los adolescentes están en mayor riesgo de EAS y, aunque es necesario investigar más sobre este asunto, la inseguridad por no contar con medios de subsistencia puede conducir a los adolescentes a involucrarse en el trabajo sexual para satisfacer sus necesidades de supervivencia.

¿Qué intervenciones del programa deberían introducirse para tratar el tema de las ITSs y el VIH en los adolescentes durante una emergencia?

Las respuestas del programa de SSRA durante la implementación del PSIM deberían focalizarse en la prevención de la transmisión del VIH, aunque los adolescentes que presentan síntomas de ITSs deberían recibir tratamiento. Las actividades de prevención del VIH en el PSIM se limitan a la distribución de preservativos, la adhesión a precauciones estándar y a las transfusiones de sangre sin riesgo.

- *Distribución de preservativos:* Deberían ponerse a disposición de los adolescentes preservativos masculinos (y si hubiera disponibles, preservativos femeninos) gratuitamente en puntos de distribución ubicados en lugares discretos y de fácil acceso. Los administradores del programa de SSRA pueden involucrar a ciertos adolescentes seleccionados de la comunidad para ayudar a identificar los puntos de distribución de fácil acceso para los adolescentes y a informar a otros que hay preservativos disponibles. Además, deberían ofrecerse preservativos a cualquier persona (independientemente del sexo, la edad o el estado civil) que los solicite o que se presente en el establecimiento de salud con síntomas de ITSs.

Es importante que los programas ofrezcan una cantidad suficiente de preservativos como para

abastecer a toda la población sexualmente activa, incluidos los adolescentes. Los preservativos masculinos y femeninos pueden obtenerse a través del UNFPA por medio de los Kits Inter-Agenciales de SR, del Ministerio de Salud, de otras agencias donantes o se pueden adquirir en el mercado abierto. Deberían adquirirse preservativos para un mínimo de tres meses.²¹

- Otras prevenciones de la transmisión del VIH: La atención clínica de sobrevivientes de agresiones sexuales incluye la profilaxis post-exposición (PEP) para VIH y el tratamiento presuntivo de ITSs.
- Siempre se deberían exigir *precauciones estándar* en los centros de salud para prevenir el contagio de VIH y otras infecciones que se transmiten a través de la sangre. Entre los primeros elementos provistos al implementar el PSIM deberían encontrarse los equipos y los suministros para precauciones estándares (contenedores para objetos punzantes o afilados, guantes, etc). Deberían introducirse protocolos sobre sangre segura para prevenir el contagio de VIH y otros agentes patógenos que se transmiten por medio de transfusiones de sangre.

Intervenciones fuera del PSIM:

- *TAR/PTMI:* Si la TAR y los servicios para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH estuvieren disponibles con anterioridad a las crisis, deberían continuar durante la emergencia, de ser posible. Si estos servicios no hubieren estado disponibles con anterioridad, deberían introducirse tan pronto como sea posible una vez que la emergencia se haya estabilizado.
- *Tratamiento de las ITSs:* Aunque la programación integral de ITS no es parte del PSIM, cualquier hombre o mujer – independientemente de su edad o estado civil – que se presente a un centro de salud con síntomas de ITS debería ser tratado de manera adecuada y debería ofrecérsele preservativos.

Una vez que la situación de emergencia se haya estabilizado y que se estén planificando los servicios integrales de SR, los programas de SSRA deberían tener en cuenta modos de ofrecer a los adolescentes el acceso a los servicios de prevención y tratamiento, con especial atención en aquellos sub-grupos de mayor riesgo de ITS y VIH. Entre algunas de las intervenciones del programa de SSRA a implementarse como parte de los servicios integrales de SR se incluyen:

- *Continuación de las intervenciones del PSIM:* Los servicios de prevención, tratamiento y derivación introducidos durante la emergencia aguda deberían continuar y fortalecerse una vez estabilizada la situación.
- *Expansión de los servicios relacionados con el VIH:* Deberían expandirse los servicios relacionados con el VIH para que incluyan actividades de prevención extendidas, distribución de preservativos, asesoramiento y pruebas de VIH (APV) y PTMI; profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas; también deberían incluirse la atención y el apoyo a personas que viven con VIH (PVVIH). Si no se dispone de TAR, debería establecerse un sistema para derivar a los pacientes que requieran de TAR, de ser posible.
- *Establecer actividades de prevención y grupos de apoyo para adolescentes que viven con VIH* para ayudarlos a planificar sus vidas sexuales y reproductivas.
- *Deberían tenerse en cuenta las estrategias basadas en la comunidad,* tales como la distribución de preservativos por medio de adolescentes entrenados en DBC, APV móvil o basado en el hogar y cuidado doméstico para PVVIH, para hacer que estos servicios sean más accesibles para los adolescentes que quizás sientan temor, vergüenza o ante la imposibilidad de recibir atención en un centro de salud.
- *Es posible capacitar a asesores e instructores pares* para brindar información y asesoramiento más aceptable para los adolescentes.
- *Intervenciones multi-sectoriales* para sub-grupos de alto riesgo: Deberían desarrollarse estrategias de prevención multi-sectorial. Debería establecerse una red de derivación entre los servicios de salud, protección y aquellos relacionados con los medios de subsistencia para atender a las necesidades de los adolescentes y desarrollar estrategias de prevención para todos los adolescentes, con especial foco en los sub-grupos de alto riesgo.
 - Las estrategias de intervención multi-sectorial a las cuales se apunta para la prevención, el cuidado y el tratamiento deberían desarrollarse para aquellos adolescentes que se encuentran en mayor riesgo de contraer y de transmitir el VIH (EMRC), incluidos los usuarios de drogas inyectables (UDI); para los adolescentes con múltiples compañeros sexuales, incluidos aquellos que venden sexo y sus clientes; y para los adolescentes varones que mantienen sexo con hombres.
- *Comunicación para el cambio de conducta (CCC):* Los programas de CCC para la prevención del VIH y las ITSs deberían desarrollarse específicamente para los adolescentes, con mensajes relevantes y en términos que ellos entiendan. Los adolescentes y las organizaciones comunitarias deberían participar en el desarrollo y la divulgación de mensajes de CCC a través de una variedad de medios, como los materiales visuales, la radio, la danza y los grupos de teatro. Los enfoques entre pares pueden ser modos particularmente eficaces de CCC.
- *Salud mental y apoyo psicosocial:* Los programas de SSRA deben prestar particular atención a la salud mental y a las necesidades psicológicas de los adolescentes seropositivos por VIH. Los adolescentes seropositivos por VIH pueden experimentar depresión, temor, estigmatización y aflicción. Estos tipos de estrés psicológico, además del estrés psicológico y emocional relacionado con la adolescencia, pueden provocar una gran carga en la salud mental del adolescente. El VIH y el SIDA por sí mismos pueden causar biológicamente problemas de salud mental como la depresión, los desórdenes psicóticos agudos y la demencia. Los problemas de salud mental pueden afectar el juicio y la capacidad para tomar decisiones por parte del adolescente, lo cual puede tener un impacto negativo en los comportamientos de búsqueda de la salud y de adhesión a regímenes de fármacos y también pueden incrementar la probabilidad de que el/la adolescente transmita el VIH a través de conductas de alto riesgo. También puede hallarse afectada la cordura de los adolescentes con problemas de salud mental previos, lo cual los pone en peligro de participar de actividades de alto riesgo y de contraer el VIH.

LECTURA SUGERIDA:

1. Holmes, W. *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*, International Rescue Committee, 2003.
2. CPIA. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*.
<http://www.who.int/3by5/publications/documents/iasc/en/index.html>
3. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. *Global Guidance Briefs on HIV Interventions for Young People 2008.* "HIV Interventions in Humanitarian Emergencies," 2008.
<http://www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/humanitarian.pdf>.
4. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. *Global Guidance Briefs on HIV Interventions for Young People 2008.* "HIV Interventions for Most-At-Risk Young People," 2008.
<http://www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/mostatrisk.pdf>.
5. UNFPA, *Emerging Issues: Mental, Sexual and Reproductive Health*. 2008.
6. OMS, UNFPA, ACNUR. *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*. Capítulos 9 y 10, "Enfermedades de Transmisión Sexual", "HIV/AIDS", 2009.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/mental_rh_eng.pdf.
7. Comisión para Mujeres Refugiadas. *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Reproductiva ante Situaciones de Crisis*, 2006. www.misp.rhrc.org.
8. Comisión para Mujeres Refugiadas, *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-affected Settings*, RHRC Consortium: 2004.

PSIM: Hoja de Datos sobre Adolescentes y la Planificación Familiar

¿Por qué es importante la planificación familiar para los adolescentes en un contexto de emergencia?

En cualquier contexto, los adolescentes tienen el derecho de recibir información precisa y completa acerca de la SSR, incluida la PF. Lamentablemente, los padres y otros modelos adultos de conducta generalmente no desean discutir asuntos como la PF con los adolescentes debido a normas culturales o religiosas, las cuales prohíben las relaciones sexuales antes del matrimonio. Además, es posible que los trabajadores de la salud no estén dispuestos a brindar información de PF a los adolescentes (especialmente a aquellos que no están casados), debido a sus propias creencias personales o presiones culturales.

El acceso a la PF es particularmente importante en contextos de crisis, cuando los adolescentes se encuentran afectados por la pérdida de una familia normal y de las estructuras de apoyo social y cuando pueden estar interrumpidos los sistemas basados en los establecimientos y en la comunidad para brindar información y servicios relacionados con la PF. Durante las emergencias, los adolescentes pueden sufrir explotación sexual o pueden involucrarse en conductas sexuales de alto riesgo. Esto podría llevar a un embarazo no deseado, lo que provocaría otras consecuencias negativas como la muerte de la madre y/o del niño, el aborto en condiciones no seguras y la estigmatización social de la joven madre.

¿Qué intervenciones de PF deberían implementar los programas de SSRA en emergencias?

Si bien la programación integral de la PF no se considera parte del PSIM, debería haber contraceptivos a disposición durante la fase aguda de una emergencia para responder a las solicitudes de PF. Luego, cuando la situación se haya estabilizado, es importante tener en cuenta los modos de llegar a los adolescentes con información y servicios integrales relacionados con la PF.

- *Brindar servicios de fácil acceso para los adolescentes:* Los servicios basados en establecimientos deberían ser “de fácil acceso para los adolescentes”, es decir, que el establecimiento haya sido montado de manera de asegurar la intimidad y la confidencialidad y de hacer que los adolescentes se sientan cómodos al acceder a los servicios. Para ofrecer servicios de fácil acceso para los adolescentes, los proveedores de atención de
- *Ofrecer una combinación de método amplio:* Los programas de SSRA deberían incluir información y acceso a una combinación extensa de métodos de PF, inclusive de AE. Es importante enfatizarle al paciente joven de PF que puede elegir cualquier método que prefiera, sin sentir que ha sido obligado a elegir un método en particular.

la salud deberían tener conocimiento de la vulnerabilidad de las adolescentes a los embarazos tempranos y a los peligros del embarazo durante la adolescencia. Los proveedores de cuidados de la salud deben tratar a las adolescentes con una actitud positiva y respetar el derecho de la adolescente a recibir información y servicios Confidenciales sobre PF, independientemente de su edad o su estado civil y sin el consentimiento de un padre o tutor.

La Anticoncepción de Emergencia (AE) puede ser utilizada por adolescentes a fin de evitar un embarazo luego de tener relaciones sexuales ya sea con consentimiento o por la fuerza. La AE también puede utilizarse cuando falla algún método regular de PF (por ejemplo, cuando se rompe un preservativo, cuando la adolescente no tomó de manera correcta la PAO, etc.)

Los métodos de AE más comunes son las píldoras anticonceptivas combinadas orales y las píldoras de progestágeno solo (ambas referidas como PAEs). Los dispositivos intrauterinos de cobre también pueden utilizarse para la AE. Las PAEs son más efectivas cuando se toman inmediatamente después de tener relaciones sexuales sin protección, pero también resultan efectivas para evitar embarazos aun si se toman hasta 120 horas (cinco días) después del sexo sin protección.

Los adolescentes deberían saber que existe la AE, que debería estar incluida en todas las discusiones sobre métodos de PF, incluido el asesoramiento sobre PF. La AE no debería considerarse como una forma “regular” de PF, dado que para ello existen otros métodos más efectivos. Si se presenta un adolescente solicitando AE, debe recibirla, junto con el asesoramiento acerca de las otras formas de PF, y además debe ser incentivado a elegir un método “regular” para la PF.

- *Brindar asesoramiento de calidad:* Proporcionar información completa acerca de todos los métodos disponibles y de su eficacia y permitir al adolescente elegir. El asesoramiento de calidad sobre PF incluye la explicación (y la demostración, de corresponder) de cómo utilizar correctamente cada método. Entre algunas de las consideraciones para asesoramiento sobre PF se incluyen (OMS, 2007):

- Todos los métodos de PF son seguros para ser utilizados por los adolescentes, aunque deberían desalentarse los métodos permanentes (como la ligadura de trompas y la vasectomía) en adolescentes sin hijos.
- Las mujeres jóvenes pueden ser menos tolerantes a los efectos secundarios. Es importante explicar las posibles reacciones durante el asesoramiento sobre PF para incrementar la probabilidad de que continúen con la PF y busquen métodos alternativos si el efecto secundario persiste.
- Los adolescentes tienen menos control que las mujeres mayores acerca de cuándo y con quién mantienen sexo y sobre la anticoncepción, lo cual aumenta su necesidad de AE. Cualquier adolescente que solicite contracepción de emergencia debería recibir asesoramiento sobre todos los métodos de PF y debería permitirle llevar consigo AE (ver cuadro de texto).
- Las adolescentes pueden preferir métodos más discretos (como las inyecciones o los dispositivos intra-uterinos) que se pueden utilizar sin llamar la atención e implicarían menos visitas al centro de salud.

- *Promover la utilización de preservativos para una protección doble:* Dado que los adolescentes pueden involucrarse en prácticas sexuales riesgosas que los ponen en peligro de contraer ITSs o VIH/SIDA, deberían ser firmemente

alentados a utilizar preservativos para protección doble contra el embarazo y ITS/VIH.

- *Buscar modos alternativos de llegar a los adolescentes:* Dadas las barreras existentes para acceder a la información sobre SR y a los servicios de SR que enfrentan los adolescentes, es importante que los programas de SSRA busquen modos alternativos de tener mayor alcance a este grupo.

Los servicios basados en la comunidad pueden ser la mejor manera de llegar, especialmente, a sub-grupos de adolescentes en riesgo, como las niñas casadas, los niños jefes de familia y las madres-niñas. Capacitar a los adolescentes en DBC puede constituir un excelente recurso para el programa de SSRA al brindar asesoramiento comunitario o domiciliario, distribución de determinados métodos (comúnmente preservativos y píldoras anticonceptivas orales - PAOs) y derivaciones a centros de salud para recurrir a otros métodos. Puede ser más probable que los adolescentes accedan a los servicios de PF si éstos proceden de adolescentes capacitados en DBC, porque se sienten más a gusto en el contexto del hogar y menos intimidados a la hora de discutir temas de SSR con un par que si lo hicieran con un adulto.

En situaciones en las cuales las escuelas son funcionales, los docentes pueden ofrecer sesiones de orientación sobre SR, que incluyen las discusiones sobre PF. El *Enfoque del Buzón* (Sharma & Sharma, 1995) es un método mediante el cual los adolescentes pueden remitir preguntas a través de un buzón y los docentes responden a las preguntas durante las sesiones educativas grupales. Este método también podría implementarse con instructores pares. Los docentes o los miembros de confianza de la comunidad también pueden actuar como distribuidores comunitarios de preservativos y PAOs. (Para mayor información sobre el Enfoque del Buzón, ver las referencias a continuación.)

LECTURA SUGERIDA:

1. RHRC. *Anticoncepción de Emergencia en Zonas de Conflicto*. 2004. http://rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_english.pdf
2. Sharma V and Sharma A. "The Letter-Box Approach: a Model for Sex Education in an Orthodox Society," *The Journal of Family Welfare*. Vol. 41, No. 4, Diciembre 1995: 31-34.
3. OMS. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Chapter 20, "Serving Diverse Groups: Adolescents," 2007. pp. 267-269. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/>
4. OMS, UNFPA, ACNUR. *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*. Capítulo 5, "Planificación Familiar," 2009.

Hoja de Datos sobre Adolescentes, los Servicios de Salud Mental y el Apoyo Psicosocial.

¿Por qué son importantes los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial para los adolescentes durante situaciones de emergencia?

Si bien los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial no son áreas centrales durante la implementación del PSIM, son componentes críticos de la salud general e inescindibles de la salud física. No obstante ello, a la salud mental y a los aspectos psicosociales de la salud normalmente se los pasa por alto en épocas de crisis. Las emergencias generan fisuras en la comunidad y en las redes familiares y la pérdida de funciones de contención pueden provocar un impacto desproporcionado en los adolescentes. Durante una emergencia, los problemas sociales y psicológicos (por ejemplo: la estigmatización social debido a la pertenencia a un grupo marginado, el abuso del alcohol, la VG) persisten y pueden ampliarse y, como consecuencia, pueden surgir nuevos problemas psicológicos como la ansiedad, la angustia, el síndrome de estrés post-traumático y la depresión. Dentro del contexto de una emergencia humanitaria, los adolescentes pueden experimentar eventos extremadamente estresantes y traumáticos, como el hecho de ser testigos de atrocidades, ser desplazados, separados de sus seres queridos, sometidos a violencia física y sexual o reclutados por la fuerza para formar parte de fuerzas de combate.

QUÉ SE ENTIENDE POR SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL?

La salud mental y el apoyo psicosocial (SMASS) es un término compuesto que se utiliza para describir todo tipo de apoyo local o externo destinado a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales.

Fuente: CPIAGuía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes

La adolescencia es un período de extraordinario crecimiento y desarrollo. Atravesar los cambios sociales, conductuales, cognitivos y físicos en circunstancias “normales” ya es extremadamente desafiante, y mucho

más durante una crisis. Aunque no todas las personas desarrollarán problemas psicológicos durante una crisis, los adolescentes están en riesgo elevado de experimentar este tipo de problemas y/o problemas sociales. Tratar las cuestiones de salud mental y psicosocial puede ayudar a los adolescentes a desarrollar resistencia, permitiéndoles una mejor capacidad en la toma de decisiones y una conducta más saludable en la toma de riesgos. Por lo tanto, es importante integrar los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial dentro de los mecanismos de respuesta de emergencia. Los estudios demuestran que aproximadamente uno de cada tres sobrevivientes de VG desarrolla problemas mentales (OMS 2008), subrayando la naturaleza vital de los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial para los sobrevivientes de VG.

¿Cómo impactan los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial en la salud reproductiva?

Los problemas de salud mental y psicosociales pueden ser tanto causas como consecuencias de problemas de SSR entre los adolescentes. Las barreras mentales, psicológicas y emocionales son factores importantes a considerar para el acceso y la adhesión a servicios relacionados con la PF. La salud mental y las cuestiones psicosociales pueden menoscabar las capacidades de toma de decisiones e incrementar las conductas de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección. Ello, a su vez, conduce al riesgo (y a la consecuente angustia) de embarazos no deseados y a contraer o transmitir VIH y otras ITSs.

En los países en vía de desarrollo, 1 de cada 3 a 1 de cada 5 mujeres embarazadas experimentan un problema de salud mental significativo (como la depresión), durante el embarazo y el parto. En los países desarrollados, 1 de cada 10 mujeres experimentan depresión durante el embarazo o durante el período de post-parto.²² Es menos probable que las mujeres deprimidas busquen y reciban atención pre- y post-parto y la depresión perinatal está relacionada con un incremento en el riesgo de complicaciones obstétricas. La salud mental de la madre también impacta en la salud y la supervivencia del hijo. La salud mental deficiente de una madre se relaciona con un mayor riesgo de bajo peso del niño, desnutrición, diarrea y enfermedades infecciosas. Es importante que las mujeres embarazadas y que se encuentren en el período de post-parto tengan acceso a

los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para protegerse a sí mismas y a sus niños de una mayor morbilidad y mortalidad.

Las PVVIH, sus parejas y sus familias pueden sufrir problemas de salud mental y psicosocial debido al miedo, a la estigmatización y a otros factores estresantes; el VIH y el SIDA en sí mismos pueden causar biológicamente problemas de salud mental como la depresión, la psicosis y la demencia. Hasta el 44 por ciento de las personas que viven con VIH sufre de depresión (OMS 2008). Los problemas de salud mental y psicosociales también pueden interferir en la adhesión a los regímenes de tratamiento. La experimentación sexual es una parte normal de la adolescencia y los adolescentes seropositivos por VIH necesitan apoyo psicosocial y asesoramiento para ayudarlos a planificar sus vidas reproductivas.

¿Qué intervenciones del programa deberían implementarse para tratar la salud mental de los adolescentes y el apoyo psicosocial en emergencias?

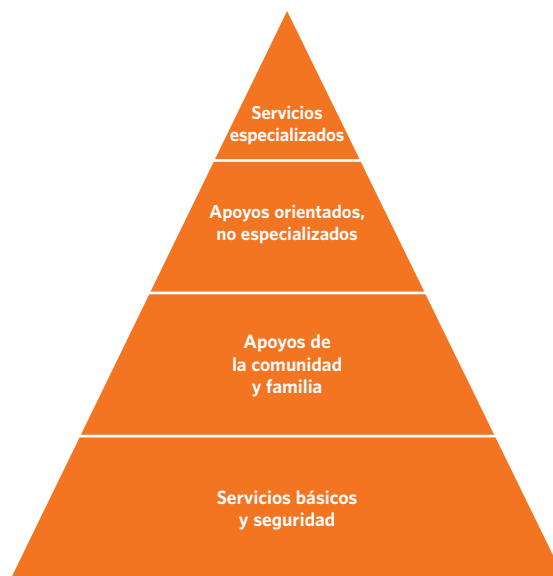
Es importante que el personal del programa, incluidos los empleados de salud, estén conscientes de los riesgos y las consecuencias de los problemas de salud mental y psicosociales entre los adolescentes y que estén alerta a las señales de cuestiones de salud mental y psicosociales, en especial entre los sub-grupos de alto riesgo. Se debería entrenar al personal de salud para que identifique los problemas de salud mental y psicosociales y para realizar las intervenciones y derivaciones adecuadas, de ser necesario. Las redes de derivación deberían ser multi-sectoriales e involucrar a los sectores de salud, protección, medios de subsistencia, educación, servicios sociales, etc. Las estructuras de apoyo basadas en la comunidad y entre pares (asesoramiento entre pares, grupos de adolescentes, grupos de mujeres, etc.), deberían tenerse en cuenta una vez que la situación se haya estabilizado. Si estas redes ya se encuentran establecidas, pueden ser útiles para llegar a aquellos adolescentes con discapacidades y a los marginados o bien a los que no pueden acceder a los servicios durante una emergencia aguda.

Los principios centrales de las intervenciones de salud mental y psicosociales de emergencia son: (1) Promover el respeto por los derechos humanos y la **equidad** (2) Promover la participación comunitaria (adolescente); (3) No dañar; (4) Construir sobre la base de los recursos y las capacidades disponibles; (5) Integrar las actividades y la programación dentro de sistemas más amplios (como los de salud, de educación, etc.);

(6) Desarrollar una respuesta multi-nivel (CPIA 2007).

El siguiente diagrama, de la Guía CPIA sobre Servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, muestra la “pirámide de intervención” sugerida para la respuesta en contextos de emergencia. El diagrama ilustra los múltiples niveles de las intervenciones de salud mental y psicosocial en una

FIGURA 2: Pirámide de intervención para la salud mental y el apoyo psicosocial en emergencias. Cada nivel se describe a continuación.



emergencia, las cuales deberían implementarse –idealmente– de manera simultánea.

- **Servicios especializados** - brindar apoyo profesional al pequeño grupo de personas con problemas severos de salud mental, los cuales no pueden tratarse mediante los otros tipos de apoyo. Las agencias deberían establecer un sistema de derivación para que las personas reciban servicios especializados o deberían capacitar al personal de salud para que brinden estos servicios.
- **Apoyos focalizados, no especializados** - brindar apoyo a los grupos de personas más pequeños que puedan necesitar atención personalizada por parte de trabajadores capacitados y supervisados. Un ejemplo de ello es un programa para sobrevivientes de violencia sexual que combine las actividades relacionadas con los medios de subsistencia junto con el apoyo emocional y la protección.

- **Apoyo Comunitario y Familiar** - brindar apoyo a menores cantidades de personas, el cual puede incluir la activación de redes sociales (clubes de adolescentes grupos de mujeres), actividades relacionadas con los medios de subsistencia y la educación. Un ejemplo sería un sistema de trabajadores de llegada a la comunidad adolescente que logre que los hogares a cargo de niños se vinculen con actividades relacionadas con los medios de subsistencia, los servicios de salud y los programas educativos.

Servicios y seguridad básicos - asegurar el bienestar y la protección de toda la comunidad, incluyendo la seguridad de las personas, la seguridad alimentaria y la salud. Las agencias deberían tomar medidas especiales para confirmar que estos servicios sean de fácil acceso para los adolescentes vulnerables.

Si bien todos los programas de SSR deberían integrar los servicios de salud y de apoyo psicosocial, no se puede esperar que una sola agencia trate todas las cuestiones relacionadas con los servicios de salud mental y de apoyo psicosocial de manera independiente. Las agencias y la comunidad deberían colaborar para asegurar que se identifiquen y se traten las necesidades de salud mental de los adolescentes.

LECTURA SUGERIDA:

1. IASC, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
2. UNFPA. *Emerging Issues: Mental, Sexual and Reproductive Health*. 2008. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/764_filename_mhenglish.pdf
3. OMS. *Improving Maternal Mental Health*. 2008. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf.

Notas finales

¹⁰ MTIA, Capítulo 2.

¹¹ Sphere Handbook, 2004, p. 288.

¹² MTIA, Capítulo 2.

¹³ El término *precauciones estándares* se refiere a las medidas de control de infecciones que reducen el riesgo de transmisión de patógenos sanguíneos a través de la exposición a la sangre o flujos del cuerpo entre pacientes y trabajadores de la salud (MTIA, 2009). Este término reemplaza al término *precauciones universales*, que se utilizaba anteriormente.

¹⁴ CPIA. *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Emergency Settings*, 2005. p. 4.

¹⁵ O'Hare, B and Southall, P. "First Do No Harm: the Impact of Recent Armed Conflict on Maternal and Child Health in

Sub-Saharan Africa," *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 100, December, 2007. pp. 564-570.

¹⁶ UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2004*. 2004. 2004. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ Shane, B. *Family Planning Saves Lives*. Third Ed. Population Reference Bureau. Washington: Jan. 1997. pp 4, 16.

¹⁹ Save the Children. *State of the World's Mothers 2006*. 2006., p.10. http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf

²⁰ MISP Distance Learning Module, p. 39

²¹ Las fórmulas para calcular las necesidades de preservativos para hombre y mujeres se encuentran disponibles en el MTIA y en el módulo del PSIM.

²² OMS, *Improving Maternal Mental Health*, 2008.

Herramientas de Participación



Participación de Adolescentes

Fundamentos: Los adolescentes tienen el derecho a participar en los programas de SSR que estén orientados a ellos. Tal como quedó demostrado por varios programas elaborados en contextos de desarrollo, la participación de los adolescentes en el diseño e implementación de los programas, así como también en el monitoreo, resulta clave para asegurar que los adolescentes acepten y accedan a ellos y que se satisfagan las necesidades de SSR.

Además, la participación de los adolescentes en la evaluación del programa puede brindar pautas sobre el desarrollo de futuros programas. La participación de los adolescentes en todas las etapas del programa puede generar programaciones más importantes, fortalecer los resultados del programa y contribuir a una asociación significativa entre los adolescentes y los adultos.

La participación de los adolescentes resulta esencial en contextos de crisis, a pesar de que las condiciones favorables que incentivan la participación de los adolescentes – incluido el tiempo, los recursos económicos y el compromiso – podrían verse limitados en circunstancias de emergencia. La siguiente matriz brinda algunos ejemplos de la manera en que los adolescentes pueden participar durante la implementación del PSIM y los servicios integrales de la SSR.

Participación para SSRA en contextos humanitarios		
	Durante la Implementación del PSIM	Servicios Integrales de SR
A quién comprometer	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes líderes²³ Grupos y redes de adolescentes existentes Adolescentes en alto riesgo²⁴ <i>Todos los adolescentes, tanto mujeres como, varones deberían tener el mismo acceso y participación en todas las actividades</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes líderes Grupos y redes de adolescentes Adolescentes en situación de alto riesgo Paneles consultivos para adolescentes <i>Todos los adolescentes, tanto mujeres como, varones deberían tener el mismo acceso y participación en todas las actividades</i>
Identificación de necesidades/ Diseño del Programa	<ul style="list-style-type: none"> Participar en foros, tales como reuniones de coordinación de SSR o grupos de trabajo para la prevención de VG; Identificar los lugares adecuados para entregar preservativos a adolescentes, tanto mujeres como varones; Buscar los servicios ya existentes orientados a adolescentes, que tengan en cuenta el género; Participar en el diseño de estrategias y mensajes de SSRA. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar participando en actividades desarrolladas durante la implementación del PSIM; A través de un grupo focal (con la inclusión de grupos de alto riesgo), brindar respuestas a sus necesidades y ayudar a identificar a los pares en situaciones de mayor riesgo. Garantizar la integración de consideraciones de género en todas las etapas de la evaluación de las necesidades y del diseño del programa.
Implementación del Programa	<ul style="list-style-type: none"> Compartir información con los pares acerca de la importancia de recurrir a la atención médica para los sobrevivientes de violencia sexual e informar dónde pueden encontrar esa atención; Informar a las adolescentes embarazadas sobre los lugares donde encontrar atención profesional para cuando deban dar a luz; Compartir información con los pares acerca de dónde acceder a los servicios de SSR orientados a adolescentes, que tengan en cuenta el género y sean confidenciales, incluidos los temas de anticoncepción y tratamiento de ITS; 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar participando en actividades desarrolladas durante la implementación del PSIM; Capacitarse en DBC y como educadores y asesores de pares; Crear clubes que incluyan actividades específicamente destinadas a los adolescentes en situaciones de mayor riesgo y también grupos teatrales o musicales que difundan mensajes para la comunicación de cambios de conducta (CCC). Garantizar que las actividades del programa se desarrollen según el género, en términos de su ubicación, tiempo y participación de adolescentes, tanto mujeres como varones (conjunta o separadamente) como prácticas culturales y sociales a dictar. Crear grupos de apoyo psicosocial para los adolescentes sobrevivientes de violencia sexual y para los adolescentes que viven con VIH.
Monitoreo y Evaluación del Programa	<ul style="list-style-type: none"> Brindar respuestas a la implementación del programa a través de la participación en la coordinación de SSR, grupos de trabajo para la prevención de VG y otros foros similares. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar participando en actividades desarrolladas durante la implementación del PSIM; Participar en el monitoreo de la calidad de los programas de SR; Participar en la evaluación de los programas de SSRA ayudando en la elaboración de metodologías, el análisis y el proceso de recolección de los datos existentes.

Existen varios modelos de participación de adolescentes que se han utilizado en el contexto de desarrollo, cuyo uso podría adaptarse a las situaciones de emergencia. A continuación se describen dos modelos probados en campo.

La metodología sobre la **Calidad definida en Forma Conjunta para Jóvenes (PDQ-Y)**, que se utiliza en Save the Children, vinculan a la juventud y a los trabajadores de la salud en un proceso que identifica las necesidades de SSR., define la calidad, explora las maneras de colaborar y enfatiza en la responsabilidad mutua para solucionar problemas. El proceso implica reuniones con adolescentes y trabajadores de la salud por separado a fin de explorar sus percepciones acerca de las necesidades de SSRA, calidad de la atención, fortalezas y debilidades de los servicios existentes y las responsabilidades y derechos de los clientes y los trabajadores de la salud. Entonces, en estas sesiones se crea un puente, donde los adolescentes y los trabajadores de la salud se juntan para compartir sus ideas y encontrar caminos que ayuden a la visión común de mejorar los servicios orientados a adolescentes. En la última etapa, los adolescentes y los trabajadores de la salud trabajan en conjunto para desarrollar e implementar planes de acción, y los adolescentes se involucran en el monitoreo de las mejoras de calidad en los servicios de salud (Save the Children, 2008).

El modelo de Uniones entre Jóvenes y Adultos (YAP), Desarrollado por Family Health International and YouthNet, se basa en los principios que los jóvenes tienen derecho a participar; que la participación hace que los programas sean más importantes y sustentables; y que la participación aumenta la resistencia y desarrollo

de los jóvenes. A través de este modelo, los adultos y adolescentes se vinculan no sólo en el diálogo, sino también en la acción como pares. El modelo YAP integra las perspectivas y habilidades de los adolescentes con la experiencia y sabiduría de los adultos; ofrece a cada parte la oportunidad de realizar sugerencias y decisiones; reconoce y valora la contribución de cada uno, y permite a los jóvenes y adultos trabajar en conjunto, proyectando, desarrollando, implementando y evaluando los programas (FHI, 2005). Los adultos se deben sentir seguros respecto de las habilidades que tienen los adolescentes para tomar decisiones; deben observar los valores de los adolescentes y reconocer el hecho de que puedan realizar aportes a esta asociación; y además deben tener ganas de capacitar a los adolescentes, si es necesario. (Norman, J. Advocates for Youth, 2001).

La participación de adolescentes que corren alto riesgo, incluidos los adolescentes más jóvenes que son separados de sus familias, los jefes de familia, los NAFAGA, los marginados o los discapacitados, resulta particularmente importante durante las situaciones de crisis. La participación de los adolescentes en situaciones de alto riesgo puede contribuir a reducir la falta de acceso a la información y servicios de SSR y además puede ayudar a que los programas efectivamente contemplen las necesidades de dichos grupos.

LECTURA SUGERIDA:

1. Advocates for Youth Transitions. Vol. 14, No. 1, October, 2001. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/transitions1401.pdf>.
2. Save the Children. *Partnership-Defined Quality for Youth: A Process Manual for Improving Reproductive Health Services Through Youth-Provider Collaboration*, Save the Children, 2008. www.savethechildren.org.
3. OMS/UNFPA/ACNUR. *Programming for Adolescent Health and Development: a Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. WHO, 1999. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/trs_886/en/print.html
4. YouthNet, Family Health International. *Youth Participation Guide: Assessment, Planning and Implementation*. FHI, 2005. <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/rhtrainmat/ypguide.htm>.

Participación de la Comunidad y de Padres

Fundamentos:

La implementación de agencias, personal de salud y adolescentes puede incluir a los programas de SSRA, pero es probable que no sean sustentables y no cuenten con el apoyo de la comunidad local, incluidos los padres. Con el objeto de que dure en el tiempo, un programa debería orientarse no sólo a cambios en el conocimiento, aptitudes y conductas individuales (en este caso, adolescentes), pero también a cambios sociales y estructurales.²⁵ Incluso en los contextos de emergencia, los padres y miembros de la comunidad deberían estar involucrados y ser consultados desde la fase de diseño de los programas de SSRA.

Existen varias maneras de involucrar a los padres y a la comunidad en la programación de SSRA. Todos los modelos para la participación mencionados en las herramientas de Participación de Adolescentes (PDQ-Y y YAP) enfatizan en el desarrollo de asociaciones entre los adolescentes y adultos. Estos modelos pueden adaptarse para hacer que los padres y los miembros de la comunidad identifiquen las necesidades que tienen los adolescentes sobre SSR y además desarrollen e implementen programas que tiendan a satisfacer esas necesidades.

La herramienta que se ilustra a continuación es una adaptación del marco conceptual desarrollado por el GTIA Sobre la Participación de la Comunidad en SR Juvenil y Prevención de VIH. La herramienta puede utilizarse en un encuentro grupal con los miembros de la comunidad, los padres, los adolescentes y los trabajadores de salud en cualquier etapa durante la situación de emergencia, a pesar de que resulta más beneficioso si se realiza luego de que la emergencia se haya estabilizado, cuando se están planificando los servicios integrales de SR.

Los métodos utilizados en este ejercicio podrían incluir Lluvias de idea, sesiones de grupos pequeños o grandes con discusiones o debates plenarios. Dado que el objetivo del ejercicio consiste en identificar maneras de promover el apoyo de la comunidad y de padres respecto de los servicios e intervenciones en SSRA, las decisiones deberían tomarse con el mayor grado de consenso posible.

A continuación se detallan los pasos a seguir en este ejercicio.

Paso 1: En términos generales, identificar los problemas de SSRA en la comunidad.

Paso 2: Mediante la utilización de la Evaluación Rápida Inicial, el Análisis de Situación o la Evaluación Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (según la fase de la emergencia), delinear la Situación de la SSRA de base en la comunidad y discutir de qué manera contribuye a solucionar el problema de la SSRA.

¿Qué factores entre los adolescentes, padres, la comunidad y los servicios de salud contribuyen a solucionar los problemas relacionados con la SSRA en la comunidad?

Paso 3: Identificar el objetivo general del programa de SSRA.

¿Qué es lo que finalmente le gustaría lograr, en términos de SSRA en la comunidad? ¿Qué es lo que finalmente le gustaría lograr, en términos de apoyo comunitario para SSRA? (Nota: Los objetivos pueden ir más allá del ámbito de las intervenciones del programa que usted desarrollará.)

Paso 4: Identificar los cambios (resultados) individuales, estructurales y sociales que le gustaría ver como consecuencia de este programa.

Individuales: ¿Cuáles son las conductas y creencias relacionadas con SSRA que usted quiere ver en los adolescentes, padres y miembros de la comunidad como consecuencia de estos procesos?

Estructurales: ¿Qué cambios quiere ver en los servicios de salud como consecuencia de estos procesos? ¿Qué cambios quiere ver en la accesibilidad de los servicios?

Sociales: ¿Qué cambios quiere ver, en un nivel mayor, como consecuencia de estos procesos? (cambios en las normas sociales, igualdad por razones de edad y género, acceso a la información, etc)

Paso 5: Identificar las intervenciones que pueden introducirse para: (1) Incrementar la concientización en la comunidad sobre problemas de SSRA y (2) promover el apoyo de la comunidad a las intervenciones de SSRA.

Identificar las intervenciones que contribuirán a los resultados deseados (cambios individuales, estructurales y sociales).

Incluir intervenciones que involucren la colaboración entre los adolescentes, los miembros de la comunidad.

Ejemplo de SSRA:

Consulta con los padres, los miembros de la comunidad, los trabajadores de la salud y los adolescentes en una comunidad afectada por un conflicto. Este proceso pretende desarrollar una estrategia que contemple el problema de SSRA en niñas adolescentes que ofrecen

sexo. La discusión con los miembros de la comunidad y los adolescentes revela que estas niñas han sido separadas de sus familias como resultado del conflicto y han recurrido a la venta de sexo para sobrevivir.

(Nota: En una situación real, este diagrama probablemente abarcaría más de un problema de SSRA)

FIGURA 3



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: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*, December, 2007. http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf

Puntos de Entrada sobre Salud Reproductiva en los Programas Existentes para Adolescentes

Fundamentos:

Debido a las barreras que impiden que los adolescentes accedan a información y servicios sobre SR, es importante buscar medios alternativos para llegar a los adolescentes. La siguiente matriz enumera todos los programas no relacionados con SR que podrían presentarse en una comunidad luego de que la emergencia

se haya estabilizado. La matriz sugiere puntos de entrada a los que podría accederse o utilizar a fin de brindar información sobre SSR a los adolescentes y vincularlos con los servicios de SSR, ya sea en un centro de salud o en la comunidad. También puede resultar útil durante la coordinación de SR y las reuniones multisectoriales, donde se discuten las cuestiones de SSR de adolescentes.

Tipo de programa para adolescentes	Puntos de entrada en salud reproductiva
Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los mismos adolescentes pueden ofrecer en las escuelas sesiones educativas a sus pares sobre SR adecuadas para su edad; ▪ Los trabajadores sociales, en reuniones con los adolescentes mayores, preguntan y responden sobre temas de SR dentro del aula; ▪ Los maestros y enfermeras escolares se capacitan para enseñar temas de salud, como educación sobre la pubertad y menstruación; género y sexualidad; PF, prevención de VIH, VG; enseñanzas de vida apropiadas para cada edad que sirvan para identificar valores y comprender las consecuencias del comportamiento (para los adolescentes más jóvenes) y negociar relaciones y el uso de preservativos (para adolescentes mayores);²⁶ ▪ Los maestros y educadores de pares brindan orientación en SR para adolescentes, mediante métodos tales como el Sistema de Buzón de Preguntas (ver hoja de datos sobre PF); ▪ Capacitar a los maestros para que identifiquen a los adolescentes en situaciones de alto riesgo y desarrollen un sistema que los vincule con los servicios de SSRA; ▪ Los maestros o enfermeras escolares actúan como distribuidores comunitarios de preservativos y otros anticonceptivos (como las PAOs); los maestros distribuyen elementos sanitarios para la higiene femenina.
Clubes y centros de adolescentes (teatrales, deportivos, religiosos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar los grupos teatrales o musicales para difundir buena información sobre SSRA, incluso información sobre los servicios disponibles. Organizar obras en eventos comunitarios. ▪ Invitar a los asesores de pares para que brinden sesiones informativas sobre SSRA antes de cada evento deportivo donde participen los adolescentes. ▪ Capacitar a los entrenadores deportivos para que brinden e incorporen información sobre SSRA durante los entrenamientos. ▪ Solicitarle a los líderes del grupo que dispongan de un lugar privado dentro de sus áreas de reuniones y: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer asesoramiento y pruebas de VIH durante las actividades de los programas para adolescentes; ▪ Programar clínicas sobre salud y SR durante las actividades y reuniones de adolescentes; ▪ Invitar a que los adolescentes capacitados en DBC participen de las actividades grupales. ▪ Ofrecer asesoramiento grupal sobre VIH en las reuniones de adolescentes (SÓLO si existe la posibilidad de realizar pruebas, ya sea en el lugar o en los centros de salud) ▪ Fijar puntos de distribución de preservativos.

Cont. ▶

Tipo de programa para adolescentes	Puntos de entrada en salud reproductiva
<p>Programa vocacional de capacitación en habilidades; programas de educación no formal para adolescentes no escolarizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediante pares asesores, organizar reuniones mensuales de “Los Jóvenes Hablan” para los adolescentes no escolarizados a fin de abordar temas de SSRA. ▪ Trabajar con los líderes del programa para establecer sistemas que permitan que adolescentes en situación de alto riesgo estén vinculados con la información y servicios de SR.
<p>Programas de Desarme, Desmovilización y Reinserción (DDR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los mentores adultos en asesoramiento sobre VIH. Vincular a los NAFAGA con los servicios de APV, así como la atención y servicios de tratamiento (incluido PTMI) para las niñas y niños seropositivo por VIH. ▪ Trabajar con los NAFAGA y adolescentes en programas de DDR para identificar a los pares excluidos del programa DDR (particularmente, las niñas y adolescentes mayores) e identificar los caminos de vincularlos con ciertas habilidades y programas educativos de SSR y también con los servicios de SSR ▪ Trabajar con los mentores y líderes de programas para establecer sistemas que permitan vincular a los adolescentes en situación de alto riesgo con los servicios de SR. ▪ Las comunidades deben estar preparadas, mediante la concientización y la educación, para recibir nuevamente a los niños y jóvenes; se debe prestar particular atención a los mitos que circulan entre la comunidades sobre el regreso de niños y niñas (por ejemplo, informes de tasas reales o estimadas de prevalencia de VIH entre los niños), lo que puede provocar estigmatizaciones o discriminación. ▪ Brindar capacitación en ciertas habilidades y SSR para los niños y niñas desmovilizados, incluida la prevención de VIH, VG, PF, género y sexualidad, negociación en las relaciones, uso de preservativo.
<p>Los medios y las comunicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar a los adolescentes para que desarrollen y emitan avisos radiales orientados a adolescentes, así como también programas que difundan información sobre SSR e informen a los adolescentes sobre los servicios disponibles y cómo acceder a ellos. ▪ Con la participación de los adolescentes, publicar cartas o diarios que traten temas de SSRA.

LECTURA SUGERIDA:

1. African Youth Alliance. *Reaching Out-of-School Youth with Life-Planning Skills Education: The African Youth Alliance's Behavior Change Communication Efforts in Arusha, Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: PATH, 2005. http://www.path.org/files/AH_aya_chawakua.pdf.
2. Family Health International. *YouthNet Brief: Zambia, Peer Educators bring RH/HIV messages to the Classroom in Zambia*. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eajhaq5ugapy4qb5a2slwmykuejfnbofa3vr-j3gfe2mlzd3yhhoapnj5ekm5zgowyny2wtuyfpzoa/Zambiaclassroompeeredenyt.pdf>.
3. INEE Gender Task Team. *Gender Strategies in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction Contexts*. "Gender Responsive School Sanitation and Hygiene," www.ineesite.org/uploads/documents/store/doc_1_58_Gender_Strategies_in_Emergencies.WT2.doc.
4. Specht, I. "Children and DDR." *Seen, but not Heard: Placing Children and Youth on the Security Governance Agenda*. Ed. Nosworthy, D., Zurich: LitVerlag GmbH & Co., 2009. pp. 191-217. <http://se2.dcaf.ch/serviceengine/FileContent?serviceID=21&fileid=A24C89E1-6860-7370-A2F3-97D908B23F29&lng=en>.
5. Naciones Unidas. *Integrated Disarmament, Demobilization and Reintegration Standard*. Module 5.20: "Youth and DDR," 2006. http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS_520.pdf.
6. Naciones Unidas. *Integrated Disarmament, Demobilization and Reintegration Standards*. Module 5.30: "Children and DDR," 2006. http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS_530.pdf.
7. OMS, UNFPA, ACNUR. *Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios*. Capítulo 4: "Salud Reproductiva Adolescente", 2009.

Notas finales

²³ Dentro de los líderes adolescentes se incluye a quienes representan a sus pares o tienen roles de liderazgo en grupos sociales, comunitarios o de otro tipo, y también a aquellos con influencia positiva sobre otros adolescentes.

²⁴ Adolescentes en situación de alto riesgo se refiere a aquellos enumerados en la introducción: adolescentes muy jóvenes, niñas embarazadas, adolescentes marginados y sub-grupos, como aquellos adolescentes separados o adolescentes jefes de familia, sobrevivientes a la violencia sexual, adolescentes que ofrecen sexo y NAFAGA.

²⁵ GTIA. *Caminos Comunitarios para una Mejor Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Oct. 2007.

²⁶ Maestros, entrenadores y otras personas interactuando con adolescentes deberían estar capacitados y además obligados a cumplir un *Código de Conducta* que regule dichas interacciones. Los adultos que interactúan con adolescentes deberían estar controlados, y los adolescentes deberían tener la posibilidad de ofrecer opiniones sobre esas interacciones.

Herramientas de Evaluación



Eliminar "SSRA" y cambiar por "Evaluación de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes"

En una crisis humanitaria es importante entender la situación de SSR de los adolescentes, tanto varones como mujeres, para desarrollar un plan que responda a sus necesidades específicas. La información sobre las necesidades de SSR se obtiene a través de las evaluaciones realizadas durante el transcurso de una situación de emergencia.

Se realiza una *evaluación rápida inicial (ERI)* durante las primeras 72 horas de una emergencia aguda y se utiliza para recabar información demográfica e identificar las cuestiones de vida o muerte que deben atenderse de manera urgente, a fin de asegurar el bienestar de la población beneficiaria. Es importante recordar que el PSIM consiste en un conjunto de intervenciones para salvar vidas y que se implementa sin una evaluación previa. Jamás debe demorarse el inicio del PSIM mientras se espera los resultados de alguna evaluación, incluida la ERI.

Luego de que se haya estabilizado la situación de emergencia, un *análisis situacional* brindará información sobre el estado básico de las necesidades y servicios de SR, y ayudará a la agencia a priorizar las intervenciones cuando se introduzcan los servicios de SR. Los análisis situacionales pueden utilizar varios métodos para recabar la información, incluida la información secundaria, las entrevistas profundas, debates en grupos focales (separados por sexo, si es necesario por cuestiones culturales), mapeo de la comunidad, y evaluaciones de los centros de salud.

Las evaluaciones integrales de SR por lo general no se realizan en situaciones de emergencia, porque demandan mucho tiempo y además pueden ocasionar trabas en los costosos recursos humanos y logísticos. Luego de estabilizada una emergencia aguda, sin embargo, la evaluación integral sobre conocimientos, creencias y conductas respecto de SR puede

LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM TIENE PRIORIDAD!

Las intervenciones tendientes a salvar la vida son prioritarias durante una emergencia aguda. Por esta razón, el PSIM es siempre la primera intervención de SR que debe realizarse. El PSIM nunca debe demorarse para esperar la realización de una evaluación o el análisis de resultados.

brindar información muy importante que le ayudará a la agencia a designar un programa de SSR que responda a las necesidades de género específicas de la población beneficiaria.

Consideraciones Éticas y Legales cuando se Realizan Evaluaciones con Adolescentes

Los adolescentes tienen el derecho al mejor nivel de salud posible, incluida la salud sexual y reproductiva, durante las situaciones de emergencia. Tanto en situaciones de emergencia como en situaciones estables, por lo general es necesario recabar información sobre la población adolescente, a fin de entender sus necesidades de SSR y así designar programas que específicamente contemplen estas necesidades. Se les debe permitir a los adolescentes contribuir en la base de conocimientos que se utiliza para encausar los programas de los cuales son beneficiarios. Sin embargo, es esencial que se tome el cuidado necesario para no causar daños a los adolescentes o ponerlos en riesgo sólo para recabar información. Esto resulta particularmente importante con respecto a SSRA, que puede ser un tema muy sensible desde el punto de vista personal, cultural o político.

El Grupo de Investigación Científica y Ética (GICE) de la OMS ha establecido lineamientos éticos al momento de recabar información de adolescentes. Estos lineamientos se resumen de la siguiente manera:

- Los padres y tutores tienen la responsabilidad legal y ética de proteger a los adolescentes más jóvenes y dependientes y además deben brindarles atención en salud preventiva y terapéutica. Si los resultados de la evaluación muestran que será necesaria para el adolescente una mejor atención preventiva y terapéutica, los padres y tutores no deberían oponerse a su

participación en el proceso.

Generalmente, los padres y tutores no tienen la facultad legal para desestimar las decisiones de un adolescente maduro (competente) que desea participar. Desde una perspectiva legal, las agencias o las personas que realizan evaluaciones de SSR no incumplen la ley al hacer participar en estudios a los adolescentes sexualmente activos (o que están próximos a serlo), cuando el beneficio para los adolescentes es mayor que el riesgo. Sin embargo, si en la legislación local los adolescentes menores a cierta edad (independientemente de su competencia o madurez) no tienen facultad para tomar decisiones, entonces esta ley debe respetarse.

- Consideraciones éticas que deben tenerse en cuenta al momento de realizar evaluaciones o investigaciones con adolescentes.
1. Las agencias que realicen una investigación o evaluación con adolescentes deben garantizar que:
 - El objetivo de la evaluación sea obtener información relevante para las necesidades de salud de los adolescentes;
 - La información no pueda ser obtenida científicamente de los adultos;
 - El riesgo de realizar la evaluación sea bajo en comparación con los beneficios que se obtendrán de la información recabada;
 - Las intervenciones que se realicen como resultado de la evaluación recaigan en beneficio directo de los adolescentes y sean al menos tan ventajosas como cualquier otra alternativa.

Se debe tener especial cuidado al momento de recabar información de los adolescentes más jóvenes. Los adolescentes muy jóvenes no deberían ser llamados para la evaluación, salvo que la información buscada no pueda ser obtenida de adolescentes mayores.
 2. Salvo que exista una disposición legal en contrario, el consentimiento para participar en la evaluación debe darlo solamente el adolescente. Si el adolescente tiene la madurez suficiente para entender tanto el objetivo de la evaluación propuesta como el nivel de participación que se le requiere, entonces también será lo suficientemente maduro para brindar el consentimiento fundamentado para participar.
 3. Siempre debe respetarse la confidencialidad al momento de realizar investigaciones con adolescentes.

4. La confidencialidad siempre debe mantenerse, aun cuando los padres (o tanto los adolescentes como los padres) hayan brindado el consentimiento.
5. Las instituciones que realizan las evaluaciones donde participan los adolescentes deben ser sensibles a las necesidades de los adolescentes y deben contar con el personal adecuado y las instalaciones necesarias para este grupo de la población.
6. En circunstancias en que los investigadores crean que están obligados a informar la conducta de un adolescente a la autoridad, al adolescente en cuestión debe informársele sobre dicho posible informe antes de participar de la evaluación.

Otras consideraciones éticas:

Además de lo anterior, existen otras cuestiones éticas importantes que deben tenerse en cuenta:

• Aprobación

Antes de realizar la evaluación, es importante obtener los permisos del cuerpo que coordina la respuesta ante la emergencia (por ejemplo, el Grupo de Salud Mundial) así como también de las autoridades sanitarias de los gobiernos nacional y local.

• Seguridad

La seguridad de la población beneficiaria y del personal es una cuestión prioritaria. Si la evaluación pone en riesgo a los participantes o al equipo encargado del estudio, dicha evaluación no debería realizarse.

• Derivaciones

La evaluación (o las partes de la evaluación) no debería realizarse si no se encuentran disponibles los servicios correspondientes para la derivación. Por ejemplo, no deberían hacerse preguntas sobre agresiones sexuales salvo que los servicios médicos y psicológicos estén disponibles para el participante que manifiesta ser sobreviviente de una agresión sexual.

• Consentimiento fundamentado

Cada persona involucrada en la evaluación de brindar su consentimiento fundamentado. El participante debe estar completamente informado sobre el propósito de la evaluación, los métodos que se utilizarán, la naturaleza de las preguntas que se le realizarán y los riesgos y beneficios de su participación.

• Participación

La participación en una evaluación es completamente voluntaria. La persona tiene el derecho a rehusarse a participar en la evaluación y puede decidir retirarse en cualquier momento. Además, puede elegir no responder ninguna pregunta sin ser presionada por el entrevistador para que responda. Es obligación de las personas o de la agencia realizar la evaluación respetando los deseos del participante si decide no participar.

• Intimidad

La información debe ser recabada en un contexto donde la intimidad sea garantizada (tanto visual como auditiva) y donde los adolescentes se sientan cómodos, a fin de que los participantes respondan más libremente a las preguntas. No debe permitirse que los adultos o los adolescentes mayores estén presentes durante la entrevista. Si el participante está a cargo de un niño pequeño, se permitirá que el niño esté presente en la sala durante la entrevista, pero será preferible que se realicen otros arreglos para el cuidado del niño.

• Confidencialidad

El equipo de evaluación tiene la obligación de mantener la confidencialidad de los participantes en todo momento: antes, durante y después de la evaluación. Los miembros del equipo de evaluación no deben discutir ningún aspecto de la evaluación con nadie, salvo con el supervisor del estudio en caso de ser necesaria una aclaración. La identidad de los participantes debe protegerse y no debe estar vinculada con las respuestas que ellos brinden. Las respuestas de los participantes no debe discutirse en ningún lugar, con nadie salvo con el supervisor del estudio en caso de ser necesaria una aclaración. Si se utilizan cuestionarios, éstos no deben contener información que pueda utilizarse para identificar a los participantes, y además deberán guardarse en un gabinete con llave; si existe riesgo de que los cuestionarios puedan, en el futuro, poner en peligro a los participantes o al personal, deberán destruirse una vez que se haya completado el análisis de la información.

• Consejos Institucionales de Revisión (CIRs)

Las agencias, instituciones y gobiernos pueden tener consejos institucionales de revisión, o CIRs, que tendrán la responsabilidad de aprobar, monitorear y revisar las investigaciones realizadas sobre temas humanos. Los

CIRs también son conocidos como *consejos éticos de revisión* (CERs). Los requisitos de la agencia, el gobierno y las entidades de financiamiento deberían ser revisadas para garantizar el cumplimiento con el CIR, antes de realizar una evaluación.

LECTURA SUGERIDA:

1. RHRC. *Monitoring and Evaluation Toolkit*. 2004. <http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>.
2. Grupo de Examen Científico y Ético de la OMS (SERG). *Guidelines for Conducting Research on Reproductive Health Involving Adolescents*. http://www.who.int/reproductive-health/hrp/guidelines_adolescent.html.

La Evaluación Rápida Inicial para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Contextos de Emergencia

La Evaluación Rápida Inicial (ERI) se realiza dentro de las primeras 72 horas de una situación de emergencia, a fin de recabar información demográfica crucial e identificar las cuestiones clave dentro de la población que necesita ser tratada inmediatamente. Las evaluaciones rápidas iniciales, por lo general, se enfocan en cuestiones relacionadas con la vivienda, comida, agua y sanidad, salud y nutrición de los niños menores a cinco años, y la protección en la población afectada.

La información inicial mínima también puede ayudar a identificar las necesidades de SSR y los factores de riesgo en los adolescentes. El siguiente formulario brinda indicadores clave que podrán utilizarse para recabar información acerca de la SSRA durante una etapa aguda de la emergencia. Esta información busca complementar La Evaluación Rápida Inicial sobre Salud, Nutrición y WASH (Agua, Saneamiento e Higiene). El formulario debe adaptarse al contexto de la crisis. Más adelante se podrá recabar más información, a través de un análisis situacional y/o evaluación integral de SR.

NOTA SOBRE ESTA HERRAMIENTA:

¡La información recabada con esta herramienta no puede estar sola!

El objetivo de esta herramienta es complementar la Evaluación Rápida desarrollada por los Grupos de Salud, Nutrición y WASH (Agua, Saneamiento e Higiene) del CPIA, que no incluye información específica de SSR para adolescentes. La información debe analizarse en conjunto con los resultados obtenidos de la ERI a fin de arribar a conclusiones sobre las necesidades inmediatas de SSR de los adolescentes.

Ver Comité Permanente Inter-Agencial. *Evaluación Rápida Inicial (ERI): Lineamientos*. 2009.

<http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=75>

Evaluación Rápida Inicial para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes			
Cantidad de adolescentes (10-14 años) clasificados por sexo	Mujeres	Varones	
Cantidad de adolescentes (15-19 años) clasificados por sexo	Mujeres	Varones	
Cantidad de adolescentes desprotegidos, clasificados por sexo	Mujeres	Varones	
Cantidad de adolescentes jefes de familia, clasificados por sexo y edad	Mujeres	Varones	
Cantidad de mujeres embarazadas menores a 16 años y entre 16 y 19 años	16 años	16 -19 años	
Cantidad de mujeres casadas menores a 18 años			
¿Existen leyes nacionales o locales vigentes que podrían restringir a los adolescentes la posibilidad de acceder a los servicios de SR?	Sí	No	Comentarios
¿Se están brindando actualmente en la comunidad servicios de SSR que estén orientados a los adolescentes y que tengan en cuenta la cuestión del género? (En caso afirmativo, especificar dónde)	Sí	No	Comentarios
¿Se está brindando actualmente servicio de salud mental y apoyo psicosocial que estén orientados a los adolescentes y que tengan en cuenta la cuestión del género?	Sí	No	Comentarios
¿Las duchas y los baños diferenciados por sexo están ubicados en lugares bien iluminados?	Sí	No	Comentarios
¿Las duchas y los baños tienen puertas que pueden trabarse desde su interior?	Sí	No	Comentarios
Indicar los lugares destinados a la distribución de preservativos para adolescentes)			
Indicar los grupos u organizaciones de adolescentes que se encuentren activos en la comunidad			

Análisis Situacional para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Situaciones de Emergencia

Luego de que se haya estabilizado la situación de emergencia, un análisis situacional brindará información sobre el estado básico de las necesidades y servicios de SR, y ayudará a la agencia a priorizar las intervenciones a medida que se introduzcan los servicios de SR. Los análisis situacionales pueden utilizar varios métodos para recabar información, incluida la información secundaria y las entrevistas en profundidad, debates en grupos focales, mapeo de la comunidad, y evaluaciones de los centros de salud.

Tal como se menciona en la introducción a esta sección, existen ciertas consideraciones éticas que deben tenerse en cuenta al momento de realizar el análisis situacional. Si no pueden cumplirse con todos los requisitos éticos, entonces resultará inadecuado continuar con el análisis situacional.

Ejemplo: Debates en grupos focales (DGF)

Los debates en grupos focales (DGFs) necesitan de mucha planificación y preparación. Es importante la selección de quiénes participarán en los debates. Los participantes en un grupo focal deberían ser de la misma edad y sexo, contar con niveles de educación similares, hablar el mismo idioma y pertenecer a condiciones socioeconómicas similares. Los debates realizados como parte de una evaluación para un programa de SSRA, por ejemplo, podrían llevarse a cabo, por separado, con grupos focales de adolescentes varones, adolescentes solteras, adolescentes casadas, NAFAGA, niños separados de su entorno, etc. El número ideal de participantes por DGF debería ser de entre 8 a 10 personas. Además de los participantes de los grupos focales, debería existir un coordinador del debate, quien

será el responsable de hacer las preguntas y guiar el encuentro, y además un reportero, quien será responsable de documentar todo lo dicho durante el transcurso del debate. Los participantes, el coordinador y el reportero deberían sentarse en ronda para incentivar la participación de igual a igual y además para quitar la sensación de que hay alguien más dominante que otro.

Previo el inicio del DGF, debería fijarse el objetivo del debate y además debería desarrollarse una guía de preguntas. El número ideal de preguntas a realizarse durante un DGF es de entre 10 y 12 y también debería reservarse un tiempo prudente para las preguntas y permitir un debate profundo. Si se reserva muy poco tiempo o si se realizan demasiadas preguntas, la información obtenida del DGF podría ser superficial y muy poco beneficiosa para el programa. En general, un mínimo de dos debates deberían darse con cada grupo focal, y los debates deberían mantenerse con otros participantes dentro de cada grupo focal hasta que se deje de obtener información nueva.

(Una guía adicional sobre cómo elegir a los participantes, realizar DGFs y analizar la información podrá encontrarse en las "Lecturas seleccionadas", a las que se hacen referencia al final de esta sección.)

La siguiente matriz muestra los tipos de preguntas que pueden realizarse a los interesados durante los debates en un grupo focal a fin de obtener información sobre las necesidades de SR y las prácticas de los adolescentes. Para cada grupo focal, los administradores del programa deberían seleccionar, como máximo, entre 10 y 12 preguntas del modelo y adaptarlas al contexto de la situación.

Análisis Situacional. Preguntas sobre Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia.				
Adolescentes	Padres	Líderes comunales	Trabajadores de la Salud	
<p>Conocimiento, actitudes y comportamientos de los adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Los adolescentes de la comunidad tienen relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿a qué edad comienzan los varones? ¿A qué edad comienzan las mujeres? ¿Ha cambiado esta situación para las niñas o varones desde que se inició la emergencia? ¿Quiénes son sus parejas? ¿Han cambiado de pareja desde que se inició la emergencia? ¿Cuáles son las maneras de evitar quedar embarazada? ¿Cuáles son las maneras modernas? ¿Existen maneras tradicionales? ¿Puede una mujer quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales? ¿Puede quedar embarazada una mujer si solamente tuvo relaciones sexuales una vez? ¿Conoces alguna de las infecciones que te puedes contagiar a través de relaciones sexuales? ¿Qué tipos? ¿Hay algo que pueda hacer el varón o la mujer para evitar estas infecciones? ¿Has escuchado hablar del SIDA? ¿Crees que existe? ¿Qué se puede hacer para evitar el SIDA? ¿Existen preservativos disponibles para los adolescentes que tienen relaciones sexuales? De ser así, ¿en dónde? ¿Los adolescentes usan preservativos? ¿Las mujeres los usan? ¿Los varones los usan? En caso negativo, ¿por qué no? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿A qué miembro de la familia o adulto pueden recurrir los adolescentes para solicitar apoyo o consejos? ¿Cómo comenzarían a debatir cuestiones de SSR (pubertad, menstruación, sexo y decidir cuándo tener hijos) con sus hijos? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la actitud de la comunidad respecto de los programas sexuales y reproductivos para adolescentes que se están implementando actualmente o que se implementaron en el pasado? ¿Cuál es la edad promedio en que las mujeres contraen matrimonio en la comunidad? ¿Y los varones? ¿Ha cambiado esta situación desde que se inició la emergencia? ¿Cuáles son los motivos para casarse? ¿Han cambiado de pareja desde que se inició la emergencia? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Dónde buscan los adolescentes de la comunidad tratamiento para las ITS? ¿Anticoncepción? ¿Atención prenatal? ¿Atención durante el parto? ¿Embarazos no deseados? ¿Qué hace usted cuando una adolescente soltera se presenta en la clínica con una ITS? ¿En el caso de asesoramiento y pruebas de VIH? ¿En el caso de anticoncepción? ¿En el caso de atención prenatal? ¿En el caso de atención durante el parto? ¿En el caso de embarazo no deseado? ¿Luego de una agresión sexual? ¿Cómo describiría usted el conocimiento de los adolescentes sobre el uso correcto de preservativos? ¿Cómo trataría a una adolescente casada que se acerca al centro de salud para obtener servicios de salud reproductiva y sexual? 	

Cont. ▶

Análisis Situacional. Preguntas sobre Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia.				
	Adolescentes	Padres	Líderes comunales	Trabajadores de la salud
Riesgos de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los diferentes tipos de actividad sexual que tienen los adolescentes en la comunidad? ¿Qué tipos de sexo son los que implican mayor riesgo? ¿Por qué? ¿Cuáles son todas las diferentes razones que tienen los adolescentes para tener sexo? ¿Algún tipo de compañero o compañera sexual implica más riesgo para los adolescentes? ¿Por qué? ¿Conoces alguna niña o varón que haya tenido sexo a cambio de dinero, protección o comida? ¿Con quién tienen sexo? ¿Qué sabes y qué piensas sobre este tipo de situación? ¿Ha cambiado esta situación desde que se inició la emergencia? ¿Alguno de tus amigos ha estado con un trabajador sexual? En caso afirmativo, ¿cuántos? (pocos, algunos, muchos, todos). ¿Conoces niñas/varones que hayan sido obligados a tener sexo con otros (soldados, maestros u otros con un cargo de autoridad)? ¿Ha cambiado esta situación para las niñas o varones desde que se inició la emergencia? ¿Qué piensas que es una violación? Si una niña o varón fuera objeto de una violación, ¿se lo diría a alguien? En caso afirmativo, ¿con quién? En caso negativo, ¿por qué no? ¿Recurriría a alguien en búsqueda de ayuda? En caso afirmativo, ¿a quién? En caso negativo, ¿por qué no? ¿Hay varones que tengan sexo con varones? ¿Cuáles son algunas de las influencias que llevan a las adolescentes de la comunidad a quedar embarazadas? ¿Cuáles son algunas de las influencias que evitan que queden embarazadas? ¿Las niñas/varones están preocupados de contagiarse de SIDA? ¿Piensas que los adolescentes en la comunidad corren riesgo de contagiarse del virus del SIDA? ¿Por qué o qué no? ¿Piensas que los adolescentes de la comunidad corren riesgo de contagiarse de ITSs? ¿Por qué o qué no? ¿Alguna vez fumaste tabaco o tomaste drogas o alcohol? En caso afirmativo, ¿dónde lo hiciste? ¿Con quién lo hiciste? ¿Cómo lo hiciste? (fumaste, inhalaste, tomaste pastillas, inyectaste, masticaste). 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué puede hacerse para reducir la cantidad de adolescentes que quedan embarazadas? ¿Los adolescentes de la comunidad corren riesgo de contagiarse de ITSs o VIH? ¿Por qué o qué no? ¿Qué tipos de ritos tradicionales o ceremonias se practican en la comunidad? (mutilación genital forzada, secuestros, herencia de la esposa, etc.) ¿Pone esto a los adolescentes en situación de riesgo? ¿Por qué o qué no? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Los adolescentes de la comunidad corren riesgo de contagiarse de VIH? ¿Se encuentran en riesgo de embarazo? ¿Por qué o qué no? ¿De qué manera los adolescentes en la comunidad resuelven los conflictos? ¿Cuál es la edad promedio en que los varones y las mujeres contraen matrimonio en la comunidad? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el promedio de edad del primer nacimiento en la comunidad? ¿Qué tipos de ritos tradicionales o ceremonias se practican en la comunidad? (mutilación genital femenina, matrimonio forzado, secuestros, herencia de la esposa, etc.) ¿Cuál es el impacto en la salud de estas prácticas?

Análisis Situacional. Preguntas sobre Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia.				
Adolescentes	Padres	Líderes comunales	Trabajadores de la Salud	
<p>Accesibilidad y disponibilidad de información y servicios sobre SSRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tienes una pregunta sobre salud sexual o reproductiva ¿qué harías? ¿Habrías con alguien sobre eso? En caso afirmativo, ¿con quién? En caso negativo, ¿por qué no? • Si tuvieras un problema sobre salud sexual o reproductiva, ¿qué harías? ¿Irirías a ver a alguien? En caso afirmativo, ¿quién sería? En caso negativo, ¿por qué no? • ¿Adónde irías para conseguir anticonceptivos en caso de necesitarlos? ¿En algún otro lugar? ¿Debes pagar por ellos? ¿Es difícil o fácil conseguir anticonceptivos? • A veces las mujeres quedan embarazadas cuando no quieren. ¿Qué hacen las mujeres cuando están embarazadas pero no quieren estarlo? ¿Qué cosas modernas? ¿Qué cosas tradicionales? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde obtienen información los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva? ¿Dónde piensas que deberían obtener esta información? • ¿Dónde pueden ir los adolescentes para obtener servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar? • ¿Cómo te sientes acerca del hecho de que los adolescentes tengan acceso a los anticonceptivos y preservativos? • ¿Cuáles son las razones por las cuales los adolescentes no buscarían atención ante problemas de salud? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde pueden los adolescentes obtener información y servicios sobre salud reproductiva, incluida la planificación familiar? • ¿Dónde piensas que los adolescentes deberían obtener información sobre salud sexual y reproductiva? • ¿Los adolescentes tienen acceso a los anticonceptivos y los preservativos? ¿Qué sientes sobre este tema? • ¿Cuáles son las razones por las cuales los adolescentes no buscarían atención ante problemas de salud? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera deberían satisfacerse las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la comunidad? • ¿Cuáles son las oportunidades o programas de salud que se han diseñado para llegar a los adolescentes? ¿Quiénes los diseñaron? • ¿Cuáles son las razones por las cuales los adolescentes no buscarían atención ante problemas de salud? 	

LECTURA SUGERIDA:

1. FHI. "Focus Group Guide". *HIV Rapid Assessment Guide*. p. 47, 2001. <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/RapidAssessmentGuide/index.htm>.
2. RHRH. *Monitoring and Evaluation Toolkit*. RHRH, 2004. [http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm\[b1\]](http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm[b1]).

Encuesta Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Situaciones de Emergencia

Las evaluaciones integrales de SSR demandan mucho tiempo y requieren de importantes recursos humanos y logísticos. Sin embargo, pueden brindar información de mucho valor acerca del conocimiento, creencias y conductas que tienen los adolescentes sobre SSR, lo que podrá utilizarse como una guía en el diseño del programa. Las evaluaciones integrales de SSR deberían realizarse luego de que se haya estabilizado la situación de emergencia.

Cuando se realiza una evaluación integral de SSR, es importante recordar las cuestiones éticas mencionadas en la introducción de esta sección. Si alguno de los requisitos éticos no puede cumplirse, entonces resultará inadecuado continuar con la evaluación.

Las siguientes preguntas complementan las *Herramientas para la Evaluación en Salud Reproductiva para Mujeres afectadas por Conflictos* y pueden utilizarse para recabar información acerca del conocimiento, las actitudes y la utilización de los servicios de salud reproductiva, así como también sus conductas sexuales. Cuando los servicios de SSRA forman parte del paquete integral de salud reproductiva, estos indicadores pueden servir como base para fijar pautas en la programación y para evaluar los cambios a lo largo del tiempo.

NOTA SOBRE ESTA HERRAMIENTA:

¡La información recabada con esta herramienta no puede estar sola!

El objetivo de esta herramienta es complementar las Herramientas de CDC *para la Evaluación en Salud Reproductiva para Mujeres afectadas por Conflictos*, la herramienta de SR más utilizada en contextos de emergencia. Sin embargo, no incluye la información específica para la SSR de adolescentes. Las preguntas en esta herramienta deben realizarse junto con las preguntas de las *Herramientas* del CDC y la información debe ser analizada en conjunto, a fin de llegar a conclusiones acerca del conocimiento, actitudes y utilización que hacen los adolescentes de los servicios de salud sexual y reproductiva y sus conductas sexuales. Es importante mencionar que las preguntas incluidas en esta herramienta están destinadas para los adolescentes, tanto varones como mujeres, a partir de 15 años de edad.

LECTURA SUGERIDA:

1. CDC, USAID. *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*, 2007.
<http://www.cdc.gov/ReproductiveHealth/Refugee/ToolkitDownload.htm>
2. Schenk K and Williamson J. *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council, 2005.
<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf>.

Parte I Servicios de SSRA: Conocimiento, Actitudes y Utilización

Estas preguntas pueden realizarse después de la Sección 1: Características de Fondo en las Herramientas CDC

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q101	¿Existe un lugar en tu comunidad donde la gente joven como tú tiene la posibilidad de hablar y averiguar sobre relaciones, sexo, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, etc?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	→ Q103 → Q103 → Q103
Q102	¿Qué tipos de servicios de salud sexual y reproductiva se brindan a los adolescentes? <i>1 = mencionado 2 = no mencionado</i>	Educación y asesoramiento sobre SSR 1 2 VCT para VIH 1 2 Atención ante pérdida de embarazo o luego de aborto 1 2 Servicios de planificación familiar 1 2 Tratamiento y asesoramiento sobre ITS 1 2 Atención durante embarazo y parto 1 2 Salud mental y apoyo psicosocial 1 2 No contesta 88 No lo sé 99	
Q103	¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud sexual en el último año?	Sí 1 No 2 Quería, pero los servicios/Centro de salud no estaban disponibles/accesibles 3 No contesta 88 No lo sé 99	→ Q110 → Q110 → Q110 → Q110
Q104	¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud sexual en los últimos tres meses?	Sí 1 No 2 Quería, pero los servicios/Centro de salud no estaban disponibles/accesibles 3 No contesta 88 No lo sé 99	→ Q110 → Q110 → Q110 → Q110

Cont. ▶

◀ Cont.

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q105	<p>¿Cuál fue la razón por la cuál acudiste a los servicios de salud sexual y reproductiva en un centro de salud?</p> <p>1 = Señale con un círculo todo lo mencionado 2 = no mencionado</p>	<p>Educación y asesoramiento sobre SSR 1 2</p> <p>VCT para VIH 1 2</p> <p>Atención ante pérdida de embarazo o luego de aborto 1 2</p> <p>Servicios de planificación familiar 1 2</p> <p>Tratamiento y asesoramiento sobre ITS 1 2</p> <p>Atención durante embarazo y parto 1 2</p> <p>Vacunación 1 2</p> <p>Para conseguir preservativos 1 2</p> <p>Para recibir atención en salud mental y apoyo psicoocial 1 2</p> <p>Otros (especificar) _____ 1 2</p> <p>No contesta 88</p> <p>No lo sé 99</p>	
Q106	<p>¿Volverías nuevamente a un centro de salud?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No contesta 88</p> <p>No lo sé 99</p>	<p>→ Q108</p> <p>→ Q108</p> <p>→ Q108</p>
Q107	<p>¿Cuál es la razón por la que no volverías a un centro de salud?</p> <p>1 = Señale con un círculo todo lo mencionado 2 = no mencionado</p>	<p>Demora mucho tiempo 1 2</p> <p>Muy difícil llegar allí 1 2</p> <p>Cuesta demasiado 1 2</p> <p>Demasiado vergonzoso 1 2</p> <p>No hay privacidad 1 2</p> <p>Maltrato del personal 1 2</p> <p>No hay personal de mi mismo sexo 1 2</p> <p>Otros (especificar) _____ 1 2</p> <p>No contesta 88</p> <p>No lo sé 99</p>	
Q108	<p>¿Con quién hablaste o a quien viste la última vez que asististe a un centro de salud?</p> <p>1 = Señale con un círculo todo lo mencionado 2 = no mencionado</p>	<p>Doctor 1 2</p> <p>Enfermera 1 2</p> <p>Ayudante de salud 1 2</p> <p>Par educador/asesor 1 2</p> <p>Otros (especificar) _____ 1 2</p> <p>No contesta 88</p> <p>No lo sé 99</p>	

Cont. ▶

◀ Cont.

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q109	¿Cómo es la persona que prestó el servicio: [Leer todas las respuestas. Se pueden seleccionar varias opciones. Marcarlas con un círculo]	Con conocimientos y muy calificada 1 Amigable y amable 2 Interesada en ti y en tus problemas 3 Un buen comunicador 4 Respetuoso 5 Preocupado por tu intimidad 6 Honesto y directo 7 Alguien que sabía escuchar 8 Dispuesto a ayudarte 9 No contesta 88 No lo sé 99	Ir a la siguiente sección
Q110	¿Te sentirías cómodo si vas a un centro de salud en tu zona para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?	Sí 1 No 2	Ir a la siguiente sección
Q111	¿Por qué no te sentirías cómodo si vas a un centro de salud en tu zona para obtener servicios de salud sexual y reproductiva? 1 = Señale con un círculo todo lo mencionado 2 = no mencionado	No hay confidencialidad 1 2 Demasiado vergonzoso 1 2 Personal poco amigable 1 2 Cuesta demasiado 1 2 Otros (especificar) _____ 1 2 No contesta 88 No lo sé 99	

Parte II Conductas Sexuales de Adolescentes

Estas preguntas pueden realizarse después de la Sección 5: Historial Sexual en las Herramientas CDC

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q201	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	→ Q203
Q202	¿A qué edad te gustaría tener relaciones sexuales por primera vez?	Edad en años _____ Después del matrimonio 77 No contesta 88 No lo sé 99	Ir a la siguiente sección
Q203	¿A qué edad tuviste por primera vez relaciones sexuales?	Edad en años _____ No contesta 88 No lo sé 99	

Cont. ▶

◀ Cont.

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q204	¿Cuántos años tenía la persona con quien tuviste relaciones sexuales por primera vez?	Edad en años _____ No contesta 88 No lo sé 99	
Q205	Según la experiencia de la primera relación sexual, ¿podrías decirme cuál de estas aseveraciones describe mejor tu experiencia? [El entrevistador puede leer cada aseveración y anotar Sí (1) o No (2). Respuestas múltiples están permitidas]	Tenía ganas 1 2 Me persuadieron 1 2 Me engañaron 1 2 Me forzaron 1 2 Me violaron 1 2 Me obligaron (recibí dinero, comida, ropa, regalos) 1 2 Se esperaba que lo hiciera como parte de mi trabajo 1 2 No contesta 88 No lo sé 99	
Q206	¿Alguna vez recibiste algo (dinero, comida, regalos, etc.) de alguien a cambio de sexo?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	
Q207	¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	
Q208	¿Con cuántas personas tuviste sexo en toda tu vida?	Cantidad _____ No contesta 88 No lo sé 99	
Q209	En los últimos tres meses, ¿tuviste relaciones sexuales con alguien?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	→ Ir a la siguiente sección → Ir a la siguiente sección → Ir a la siguiente sección
Q210	¿Con cuántas personas tuviste relaciones sexuales en los últimos tres meses?	Cantidad _____ No contesta 88 No lo sé 99	
Q211	Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿cuánto duró la relación? [Si la respuesta es menos un mes, anotar la cantidad de días; si es más de un año, anotar los meses]	Meses _____ Días _____ No contesta 88 No lo sé 99	

Cont. ▶

◀ Cont.

No	Preguntas	Categorías Codificadas	Ir a:
Q2I2	Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿cómo describirías a esta persona?	Novio/novia (pareja estable) 1 Esposo/esposa 2 Pareja casual 3 Empleador 4 Comprometido/a 5 Trabajador sexual 6 Otro_____	
Q2I3	Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿Cuántos años tiene/tenía esta persona?	Edad____ No contesta 88 No lo sé 99	
Q2I4	¿Tú o tu pareja utilizaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	
Q2I5	¿Con qué frecuencia tú y todas tus parejas utilizaron preservativos durante los últimos tres meses?	Siempre 1 Casi siempre 2 A veces 3 Nunca 4 No contesta 88 No lo sé 99	
Q2I6	¿Alguna vez hablaste con tu pareja sobre planificación familiar en los últimos tres meses?	Sí 1 No 2 No contesta 88 No lo sé 99	

Herramientas Basadas en Centros de Salud



La Evaluación HEADSSS

Los trabajadores de la salud pueden sentirse abrumados al atender a un adolescente en el centro de salud porque pueden sentir que no están preparados o que no cuentan con el equipamiento para atender a las necesidades sociales y emocionales de los adolescentes. La comunicación directa es una herramienta poderosa. Durante un encuentro clínico, los proveedores de atención médica se encuentran en la posición única de tener contacto uno a uno con los adolescentes. Escuchar y comentar las cuestiones con ellos puede tener impactos positivos sobre la salud de los adolescentes y los resultados de la SSR.

Debido al mayor riesgo al que se enfrentan muchos adolescentes durante las crisis, resulta decisivo tomarse el tiempo necesario para llevar a cabo evaluaciones individuales y así identificar a los adolescentes con alto riesgo y brindarles asesoramiento inmediato o vincularlos con los sistemas de apoyo tan pronto como la situación lo permita. La herramienta de evaluación HEADSSS (**H**ogar, **E**ducación/Empleo, **A**ctividades, **D**rogas, **S**exualidad, **S**uicidio-autoestima y **S**eguiridad) puede ser utilizada por quienes brindan atención médica para identificar a los adolescentes con alto riesgo y brindarles asesoramiento inmediato o vincularlos a los sistemas de apoyo. La herramienta de evaluación HEADSSS se utiliza durante los encuentros uno a uno con un adolescente y su implementación *toma un mínimo de 15 a 30 minutos*. Para cada categoría, quien brinda la atención médica formula preguntas cuyas respuestas proporcionarán información acerca de los indicadores de protección y riesgo. Si se identifican indicadores de riesgo, quien brinda la atención médica, entonces, tomará medidas y ofrecerá asesoramiento o vinculará al adolescente con los servicios o el apoyo adecuados.

LA EVALUACIÓN HEADSSS

Esta herramienta se utiliza con mayor frecuencia en los países desarrollados y utiliza la regla mnemotécnica **H**ogar y relaciones, **E**ducación y Empleo, **A**ctividades y hobbies, **D**rogas, alcohol y tabaco, **S**exualidad y relaciones, **S**uicidio, depresión y autoestima, **S**eguridad y abuso.

Para ser incluidos en las presentes herramientas de SSRA, los encabezados de las categorías y las preguntas han sido adaptados para un contexto de emergencia, pero la teoría detrás del uso de la evaluación HEADSSS permanece invariable.

Al implementar esta herramienta, quien brinda la atención médica debería utilizar un lenguaje simple, acorde al nivel de desarrollo del adolescente. No utilizar términos técnicos que podrían resultar confusos o amenazantes, pero, al mismo tiempo, no hablarle al paciente "en tono condescendiente". Comenzar con preguntas acerca de temas que probablemente sean menos amenazantes (el hogar, la escuela, las actividades) y esperar para tratar las cuestiones más sensibles (drogas, sexualidad, autoestima, etc.) hasta que el adolescente

se sienta cómodo compartiendo sus sentimientos. Demostrar buenas aptitudes de comunicación con el paciente adolescente: Ser respetuoso, mostrar empatía y nunca hacer juicios de valores. Escuchar al adolescente y permitirle hablar. No interrumpirlo ni mirar el reloj reiteradamente ni mostrar otras señales que hagan sentir al paciente incómodo, inhibido o que lo están apurando. El adolescente debe sentir que puede confiar en quien brinda atención médica y debe saber que sus respuestas se mantendrán en secreto. Estar preparado para brindar "en el acto" algún consejo simple, pero también ser capaz de ofrecer derivaciones a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, de protección, aquellos relacionados con medios de subsistencia u otros servicios, según sea necesario.

Las preguntas y las medidas contenidas en la guía que se encuentra a continuación son ejemplos de cómo podría ser la evaluación HEADSSS en un contexto de emergencia. Dado que consume mucho tiempo, el uso de la evaluación HEADSSS no es adecuado en el contexto de una emergencia aguda y debería ser considerada durante encuentros individuales con adolescentes una vez que la situación se haya estabilizado.

Evaluación HEADSSS para Adolescentes

HOGAR

Preguntas sugeridas:

- Cuéntame acerca del lugar en donde vives.
- ¿Con quién vives?
- ¿Qué adultos son importantes para ti?
- ¿Te sientes seguro en tu hogar? ¿Por qué o qué no?

Indicadores de Protección

- Tiene relaciones positivas con los adultos
- Identifica a personas que se preocupan por su seguridad

Indicadores de Riesgo

- No existe conexión adolescente-adulto
- Está a cargo de su familia
- Se encarga del cuidado de hermanos menores
- Informa abuso físico
- Se siente inseguro

Medidas Posibles:

- Abordar las estrategias para plantear el tema a los adultos de confianza dentro de la comunidad.
- Si está a cargo de su familia, preguntar cómo satisface sus necesidades diarias. Averiguar las alternativas al trabajo sexual. Asegurarse de que la familia esté recibiendo apoyo nutricional.
- Si se informa abuso físico, asegurarse que el adolescente y otros miembros de la familia cuenten con un lugar seguro en el cual permanecer.
- Preguntar sobre el daño físico (inclusive el daño sexual) y asistir al adolescente para que reciba atención médica.
- Averiguar las razones de la sensación de inseguridad. Discutir las maneras de mejorar la seguridad.
- Vincular a los servicios de protección, de ser necesario.

EDUCACIÓN/EMPLEO

Preguntas sugeridas:

- ¿Qué haces durante el día la mayoría de los días? ¿Durante la noche?
- ¿Qué haces en tu tiempo libre?
- ¿Cómo consigues dinero para lo que necesitas?
- ¿Qué te ves haciendo de aquí a 10 años?

Indicadores de Protección

- Asiste a la escuela
- Está adquiriendo nuevas aptitudes
- Pasa el tiempo libre de manera constructiva
- Tiene esperanzas para el futuro

Cont. ▶

EDUCACIÓN/EMPLEO	
Indicadores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No tiene tiempo para actividades de esparcimiento ▪ No tiene tiempo para el colegio o las oportunidades vocacionales ▪ No posee visión o bien posee una visión negativa del futuro ▪ Tiene demasiado tiempo libre e informa estar aburrido ▪ Está involucrado en el trabajo sexual ▪ Está involucrado en trabajos que pueden resultar potencialmente en explotación, como el de empleado doméstico ▪ Informa tener temor a ser explotado
Medidas Posibles:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discutir cómo aprovecha el tiempo y los modos en los cuales se podría reservar tiempo para oportunidades educativas. ▪ Para quienes manifiestan “aburrimiento”, discutir los vínculos a actividades para adolescentes o cómo pueden involucrarse para ayudar en la comunidad. ▪ Averiguar las alternativas al trabajo sexual; abordar las opciones de planificación familiar y la importancia de protegerse contra la transmisión del VIH; proporcionar ejemplos de cómo negociar la utilización de preservativos. ▪ Proporcionar al adolescente vínculos con el sector que brinda medios de subsistencia (programas vocacionales o de capacitación según las aptitudes) 	
ACTIVIDADES	
Preguntas sugeridas:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿En qué actividades, grupos, clubes o deportes participas? ▪ ¿En dónde comes? ▪ ¿Qué comiste durante todo el día ayer? 	
Indicadores de Protección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participa en actividades supervisadas ▪ Participa en actividades comunitarias o sociales ▪ Come dentro del entorno familiar
Indicadores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emplea el tiempo libre de maneras riesgosas ▪ No participa en ninguna actividad y se siente aislado ▪ No se alimenta lo suficiente
Medidas Posibles:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plantear modos alternativos de emplear el tiempo libre; averiguar sus intereses y vincularlo al sector de medios de subsistencia (capacitación en base a las aptitudes o vocación) y a los grupos de adolescentes de la comunidad que pudieran ser de su interés; abordar los modos en los que pueden “ofrecerse como voluntarios” para mejorar la vida comunitaria. ▪ Averiguar si la familia está recibiendo apoyo nutricional y vincularlo con el sector de servicios comunitarios, de ser necesario 	

DROGAS	
<p>Preguntas sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo te sientes respecto del hecho de fumar? ¿Respecto del consumo de alcohol? ¿Respecto del consumo de drogas? (preguntar acerca de las drogas ilegales y acerca de aquellas que podrían ser socialmente aceptadas; por ejemplo: el khat) ▪ ¿Conoces a personas que utilizan estas sustancias? ¿Alguien de tu familia las utiliza? ▪ ¿Has utilizado alguna vez estas sustancias? ¿Cuándo? ¿Cómo? (ingiriendo píldoras, fumando, inhalando, inyectándote, etc.). ¿Con quién? ▪ ¿En dónde conseguirías cigarrillos, alcohol o drogas si quisieras utilizarlos? ▪ ¿De qué manera pagas por estas sustancias? 	
<p>Indicadores de Protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No conoce a adolescentes que hayan fumado, consumido alcohol o drogas ▪ No ha fumado, consumido alcohol ni drogas ▪ Tiene una actitud negativa hacia estas sustancias
<p>Indicadores de Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consume alcohol o drogas ▪ Tiene fácil acceso al alcohol o a las drogas ▪ Informa las sustancias que se utilizan en el hogar ▪ Las sustancias se encuentran disponibles en la comunidad ▪ Recurre a conductas de alto riesgo (por ejemplo: ofrecer sexo, vender drogas, robar) para conseguir dinero y así pagar por las sustancias
<p>Medidas Posibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¡No emitir juicios de valores! Preguntar las razones por las cuales utiliza las sustancia y cómo se siente con respecto a ello. Averiguar si estaría dispuesto a renunciar a su conducta. Vincularlo con un mentor o un amigo que le pueda brindar apoyo. ▪ Evaluar la salud mental del adolescente, puesto que los problemas de salud mental y el abuso de sustancias se encuentran interrelacionados. ▪ Si hay sustancias disponibles en el hogar, preguntar si existe violencia familiar. Si manifiesta que existe violencia, asegurarse de que el adolescente cuente con un lugar seguro en donde permanecer y que otros miembros de la familia estén a salvo. Derivar a los servicios de protección, si corresponde. ▪ Consultar acerca de las prácticas sexuales no seguras y ofrecer asesoramiento y pruebas de VIH, si corresponde. 	

Cont. ▶

SEXUALIDAD

Preguntas sugeridas:

- Para adolescentes muy jóvenes (de 10 a 14 años):
- ¿Has notado algún cambio en tu cuerpo recientemente? ¿Cómo te sientes respecto de esos cambios?

Para todas las niñas adolescentes:

- ¿Ya has comenzado a tener tus períodos menstruales? En caso afirmativo, ¿cómo ha cambiado eso tu vida? ¿Todavía puedes concurrir a la escuela todos los días? ¿Qué utilizas para mantenerte higienizada durante tu período menstrual? Si utilizas algo, ¿cómo lo higienizas?

Para todos los adolescentes:

- ¿Te atraen los varones? ¿Las mujeres?
- ¿Tienes novio o novia?
- ¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿qué edad tenías la primera vez que mantuviste sexo? En caso negativo, ¿qué edad te gustaría tener cuando mantengas sexo por primera vez?
- ¿Alguna vez has mantenido sexo sin utilizar un preservativo?
- ¿Alguna vez has mantenido sexo con alguien a cambio de dinero, alimentos, vestimenta o un lugar en donde estar?
- ¿Alguna vez te han obligado a mantener sexo contra tu voluntad? (preguntar tanto a los varones como a las mujeres)
- ¿Alguna vez has estado embarazada?
- ¿Alguna vez contrajiste una infección como resultado de haber mantenido sexo?
- La penetración vaginal es sólo una de las manera en que los adolescentes practican el sexo. Otros tipos de sexo que mantienen los adolescentes incluyen el sexo oral o anal. ¿Alguna vez has practicado sexo oral? ¿Tú o tu pareja alguna vez utilizaron un preservativo al practicar sexo oral? ¿Alguna vez has practicado sexo anal? ¿Tú o tu pareja alguna vez utilizaron un preservativo al practicar sexo anal?

Indicadores de Protección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muestra intenciones de no querer practicar sexo ▪ No se encuentra activo sexualmente en la actualidad ▪ Indica que su debut sexual fue a una edad mayor de 16 años
Indicadores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indica que su debut sexual fue a una edad menor de 16 años ▪ Manifiesta tener sexo sin protección ▪ Informa haber vendido sexo o haberlo intercambiado por dinero, alimentos, etc. ▪ Informa sentirse incómodo con los sentimientos o las relaciones homosexuales o bisexuales ▪ Informa un historial de violencia sexual ▪ Ha estado embarazada o sufrido una ITS en el pasado

Medidas Posibles:

- Abordar el tema de la higiene menstrual. Preguntar a las adolescentes que menstrúan qué utilizan durante sus períodos menstruales para mantenerse higienizadas. Si utilizan productos de higiene menstrual, ¿cómo acceden a ellos? ¿Tienen dificultad para acceder a ellos? En caso de corresponder, ¿cómo higienizan estos productos?
- Para aquellos que expresan sentimientos o identidades de género no heterosexuales, ino emitir juicios de valor! Prometer confidencialidad. Asegurarle al adolescente que estos sentimientos son naturales. Enfatizar la naturaleza confidencial de la conversación. Si el adolescente se siente incómodo o temeroso respecto de sus sentimientos o su sexualidad, derivar a servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Plantear las cuestiones de seguridad y depresión.
- Para aquellos que están pensando en comenzar a tener relaciones sexuales, ino emitir juicios de valor! Averiguar las razones por las cuales desean comenzar a tener relaciones sexuales y preguntar si tienen una pareja en mente. Discutir cómo prevenir el embarazo, el VIH y las ITSs.
- Para aquellos que ya son sexualmente activos, ino emitir juicios de valor! Discutir cómo prevenir el embarazo, el VIH y las ITSs. Plantear las opciones de planificación familiar. Ofrecer asesoramiento y pruebas para VIH, si están disponibles. Mostrar cómo se usan correctamente los preservativos.
- Para aquellos que informan haber sido obligados a tener sexo, preguntar si han informado el hecho a alguien o han buscado atención médica. Preguntar a las mujeres que menstrúan si se han saltado algún período desde que sucedió. Preguntar acerca de los síntomas de ITS. Preguntar si han sentido más tristeza o cansancio que lo normal recientemente. Derivar a evaluación médica y a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, de ser necesario.

SUICIDIO Y AUTOESTIMA

Preguntas sugeridas:

- ¿Cómo te sientes respecto de ti mismo?
- La mayoría de los días, ¿dirías que por lo general te sientes feliz o triste?
- ¿Qué haces cuando te sientes triste o enojado?
- ¿Puedes dormir y alimentarte tan bien como lo hacías antes?
- ¿Tienes amigos en la comunidad?
- ¿A qué adulto puedes recurrir cuando necesitas ayuda?
- ¿Eres importante para alguien?

Indicadores de Protección

- Se siente valorado
- Muestra una perspectiva positiva
- Cuenta con mecanismos saludables de lucha
- Tiene un adulto que lo cuida y que puede ayudarlo

Indicadores de Riesgo

- Se siente marginado en la comunidad
- Informa un constante sentimiento de depresión y tristeza
- Informa síntomas de depresión, como el sueño o la alimentación deficientes

Medidas Posibles:

- Averiguar sobre los sentimientos de tristeza, ansiedad o depresión. ¿Existe algo en particular que lo haga sentir así? Preguntar si alguna vez ha pensado en hacerse daño. Preguntar si alguna vez ha intentado hacerse daño. Si la respuesta a cualquiera de estas dos preguntas es positiva, trazar un plan para que esta persona regrese al centro de salud si alguna vez se sintió así, vincularlo con un mentor adulto y derivarlo a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, si se encuentran disponibles.
- Discutir los posibles mecanismos de lucha, como la participación en grupos comunitarios, clubes para adolescentes o actividades religiosas. Averiguar otros modos en los que pueda afrontar la tristeza e integrarse entre los miembros de la comunidad.
- Preguntar acerca del abuso físico (incluido el abuso sexual) y del uso de drogas. Derivar a evaluación médica y a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, de ser necesario.

SEGURIDAD

Preguntas sugeridas:

- ¿Cómo resuelves los desacuerdos con otras personas?
- ¿Alguna vez has tenido la sensación de estar en peligro? ¿Qué haces cuando te sientes de este modo?
- ¿Cómo te proteges?
- ¿Hay lugares en la comunidad a los que puedas recurrir para estar seguro?
- ¿Te sientes seguro cuando abandonas la comunidad?

Indicadores de Protección

- Practica la resolución de conflictos sin violencia
- Muestra buenas aptitudes de resolución de problemas relacionados con situaciones peligrosas
- Conoce los espacios seguros disponibles en la comunidad

Indicadores de Riesgo

- Porta un arma para protegerse
- Abandona los límites de la comunidad con una sensación de riesgo
- Se preocupa por la violencia y la salud personal

Medidas Posibles:

- Averiguar sobre las sensaciones de peligro. ¿Por qué se siente amenazado? Abordar los modos no violentos de resolver conflictos.
- Derivar a servicios de protección o de seguridad, de corresponder.
- Discutir los peligros del hecho de portar armas y las consecuencias de matar a alguien (ya sea a propósito o accidentalmente).
- Identificar los espacios seguros dentro de la comunidad. Asegurar que el adolescente cuente con un lugar en donde permanecer.
- Preguntar acerca del daño físico (incluido el daño sexual). Derivar para que reciba el tratamiento y el asesoramiento médico adecuados, de ser necesario.
- Plantear las estructuras comunitarias disponibles para expresar las preocupaciones acerca de los lugares no seguros.

LECTURA SUGERIDA:

1. Minnesota Health Improvement Partnership, Minnesota Department of Health. "Sample HEADSSS Questions (Long Form)," 2006. <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/headsslong.html>.

Lista de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva orientados a los Adolescentes

Fundamentos: Una vez que la situación de crisis se haya estabilizado y se hayan establecido servicios integrales de SR, es importante que los proveedores de atención médica piensen en cómo personalizar los servicios de manera que estén específicamente "orientados a los adolescentes" o aceptables, accesibles y adecuados para los adolescentes, tanto mujeres y varones. Al ofrecer servicios específicos para adolescente, teniendo en cuenta el género, se deben considerar en forma directa algunas de las barreras externas y estructurales que enfrentan mujeres y varones adolescentes y esto, a su vez, ayudará a tratar en forma indirecta algunas de las barreras internas que les impiden acceder a los servicios de SR.

La regla de oro para los servicios de SR orientados a los adolescentes es que sean "seguros, eficaces y asequibles; que satisfagan las necesidades de las personas jóvenes (mujeres y varones adolescentes), y que regresen cuando lo necesitan y recomienden estos servicios a sus amigos." (OMS, 2002)

Los servicios de SSR orientados a adolescentes son:

- *equitativos*, porque incluyen a los adolescentes y llegan a aquellos que están en mayor riesgo;
- *efectivos*, porque los brindan empleados de la salud técnicamente competentes y capacitados, que saben cómo comunicarse con los adolescentes;
 - *eficaces*, porque no desperdician recursos;

- *igualmente* accesibles para todos los adolescentes, tanto mujeres como varones;
- y *asequibles* o gratuitos para los adolescentes.

La participación de los adolescentes en la planificación y el monitoreo de los servicios también promueve la calidad, porque asegura que los servicios sean aceptables para los adolescentes y aumenta la probabilidad de que los adolescentes recomienden los servicios a sus pares. (OMS, 2002)

La lista que se encuentra a continuación es una plantilla que se puede adaptar para evaluar cuán orientados a los adolescentes están los servicios de SR que actualmente se están brindando en un centro de salud o también para ayudar a planificar dichos servicios que se ofrecerán una vez establecidos los servicios integrales de SR. Esta lista no evalúa la calidad de la atención; para una guía sobre este tema, ver WHO Job Aid (páginas. 2 - 5).

Luego de completar la lista, contar la cantidad de respuestas "afirmativas" para obtener el puntaje general.

La calificación de "cuán orientados a los adolescentes están los servicios" se realiza de la siguiente manera:

- 0 - 13 Servicios no orientados a los adolescentes**
- 14 - 20 Servicios parcialmente orientados a adolescentes**
- 21 - 25 Servicios muy orientados a los adolescentes**

Lista de Servicios de Salud Orientados a los Adolescentes

(Adaptación de African Youth Alliance/Pathfinder International)

Características		Sí	No	Sugerencias viables para mejora
Características de los Centros de Salud				
1	El centro de salud ¿está ubicado cerca de un lugar en donde los adolescentes (tanto mujeres como varones) se reúnen? (centro de jóvenes, colegio, mercado, etc.)			
2	¿El establecimiento está abierto en horarios convenientes para los adolescentes (tanto mujeres como varones), en especial durante la noche o el fin de semana?			
3	¿Hay horarios o espacios clínicos reservados?			

Cont. ▶

◀ Cont.

Características		Sí	No	Sugerencias viables para mejora
4	¿Los servicios de SR se ofrecen gratuitamente o a tarifas accesibles?			
5	¿Los tiempos de espera son breves?			
6	Si en el establecimiento reciben atención tanto adultos como adolescentes, ¿hay una entrada separada y discreta para asegurar la privacidad de los adolescentes?			
7	¿Las salas de asesoramiento y tratamiento permiten la privacidad (tanto visual como auditiva)?			
8	¿Existe un Código de Conducta vigente para el personal del centro de salud?			
9	¿Existe un mecanismo transparente y confidencial para que los adolescentes hagan llegar sus quejas o comentarios acerca de los servicios de SSR en el centro de salud?			
Características del Proveedor de Atención Médica				
1	¿Los proveedores de atención médica han sido capacitados para ofrecer servicios de fácil acceso para los adolescentes?			
2	¿Se instruyó a todo el personal para que los servicios orientados a adolescentes sean confidenciales? (recepcionista, guardias de seguridad, personal de limpieza, etc.)			
3	¿El personal muestra respeto al interactuar con Adolescentes?			
4	¿Los proveedores de atención médica garantizan la privacidad y la confidencialidad de los pacientes?			
5	¿Los proveedores de atención médica reservan tiempo suficiente para interactuar con los pacientes?			
6	¿Hay instructores o asesores pares disponibles?			
7	¿Los proveedores de atención médica son evaluados mediante el uso de listas estándar de calidad?			
Características del Programa				
1	¿Los adolescentes (mujeres y varones) desempeñan algún papel en el funcionamiento del centro de salud?			
2	¿Los adolescentes participan del monitoreo de la calidad del servicio de SSR?			
3	¿Se puede ver a los adolescentes en el establecimiento sin el consentimiento de sus padres o cónyuges?			

Cont. ▶

◀ Cont.

Características	Sí	No	Sugerencias viables para mejora
¿Está disponible una amplia gama de servicios de SR? (PF, tratamiento y prevención de ITSs, asesoramiento y pruebas de VIH, cuidados pre- y post-natales, cuidados en el parto)			
5 ¿Existen lineamientos escritos para prestar servicios a los adolescentes?			
6 ¿Hay disponibilidad de preservativos tanto para hombres jóvenes como para mujeres jóvenes?			
7 ¿Hay en el lugar materiales, carteles o avisos de trabajo diseñados para llegar a los adolescentes?			
8 ¿Están establecidos los mecanismos de derivación? (para emergencias médicas, para servicios de salud mental y apoyo psicosocial, etc.)			
9 ¿Los indicadores relacionados específicamente con los adolescentes se monitorean con regularidad? (por ejemplo: cantidad de pacientes adolescentes, clasificados por edad y sexo)			

LECTURA SUGERIDA:

1. Senderowitz, J. et al. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. Pathfinder International: 2002.
<http://www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>.
2. OMS. *Lista de Servicios de Salud Orientados a los Adolescentes*. OMS, 2002.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.html.



Distribución Basada en la Comunidad y Herramientas de Educación de Pares



Lista de Recursos para Educación de Pares

La educación de pares se puede emplear como parte de una estrategia integral de SR una vez que la emergencia aguda se estabilice. Para muchos adolescentes que viven en contextos de emergencias prolongadas y de asentamiento, por lo general hay muy pocas oportunidades para dedicarse a reconstruir sus comunidades. El hecho de brindar el espacio y la oportunidad de aprender puede mitigar el impacto psicosocial de conflicto y de desastres al proporcionar una sensación de normalidad, estabilidad, estructura y esperanza para el futuro.

Reducir el tiempo de inactividad e incrementar las actividades estructuradas puede ayudar a disminuir las conductas riesgosas. La educación de pares también ofrece oportunidades para que los adolescentes demuestren liderazgo, logren nuevas aptitudes a través del trabajo voluntario y construyan relaciones joven-adulto con los supervisores.

La educación de pares es un modo ideal de brindar información sobre SR. Por lo general, se percibe a los pares como fuentes seguras y confiables de información; el hecho de utilizar redes de pares puede incrementar la comodidad de los adolescentes para participar en el diálogo y en las evaluaciones de riesgo personal. Más de una década de experiencia en el programa ha demostrado que los programas de educación de pares bien diseñados y basados en un programa con supervisión constante de un adulto pueden ser exitosos a la hora de mejorar el conocimiento, las actitudes y las aptitudes de los adolescentes respecto de la SR y la prevención del VIH.

El aspecto más exigente de los programas de educación de pares es el de asegurar la calidad. Para hacerlo, los programadores deben:

- Brindar capacitación intensiva de alta calidad a los instructores pares, con evaluaciones regulares y refuerzo de sus capacidades para proporcionar información precisa a sus pares.
- Asegurar que la capacitación incluya temas relevantes para los adolescentes en caso de emergencias, como salud sexual y reproductiva, abuso y explotación sexual, prevención del VIH/SIDA, seguridad sobre minas terrestres, violencia sexual y de género, resolución de conflictos, salud y seguridad personal.
- Utilizar listas estandarizadas en el desarrollo y la implementación de los programas de educación de pares para mejorar la calidad.

La siguiente es la fuente más ampliamente utilizada para ayudar a mejorar la calidad de los programas de educación para pares.

Herramientas para la Educación de Pares Jóvenes

Las herramientas incluyen cinco recursos (que se muestran a continuación). Diseñadas para ayudar a los administradores del programa y a los entrenadores maestros de educadores jóvenes de pares, las herramientas se basan en la investigación y en las pruebas de campo, así como en los ejemplos y las experiencias locales. Las herramientas se crearon a través de un trabajo en colaboración entre el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Family Health International/YouthNet, trabajando con la Youth Peer Education Network (Y-PEER), proyecto coordinado por el UNFPA. (2005-2006)

- Manual de Capacitación de Entrenadores
- Estándares para la educación de pares
- Herramienta de evaluación para los programas de educación de pares
- Herramienta para mejorar el rendimiento de los administradores
- Manual de capacitación basado en técnicas de dramatización

<http://www.infoforhealth.org/youthwg/peerredtoolkit.shtml>

LECTURA SUGERIDA:

1. UNFPA, FHI/YouthNet. Standards for Peer Education Programmes. UNFPA, 2005.
<http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/peerredtoolkit/Standards.htm>.

Introducción de la Distribución Basada en la Comunidad (DBC)

Fundamentos: Los adolescentes, especialmente los casados, marginados o discapacitados, enfrentan barreras que les impiden acceder a los servicios de SSR y PF que brindan los centros de salud. Los métodos entre pares con base en la comunidad son muy útiles para ayudar a superar estas barreras. Dado que pertenecen a la misma “cultura joven”, los adolescentes se relacionan mejor con sus pares que con los adultos. Capacitar a los adolescentes en la distribución con base en la comunidad (DBC) es un buen modo de brindar a los adolescentes acceso a los preservativos, a los métodos de PF y a la información relacionada con la SSR y modelar, a su vez, el liderazgo y la participación de los adolescentes.

Los programas DBC no son adecuados para el contexto de una emergencia aguda, pero deberían tenerse en cuenta tan pronto como la situación se estabilice. Establecer un programa de DBC requiere de una planificación y una preparación cuidadosas. En contextos en los cuales la educación sexual y la PF no se discuten entre personas solteras, introducir un programa de DBC para adolescentes puede ser especialmente desafiante. En dichos contextos, es necesario tomarse tiempo para discutir con los miembros de la comunidad (incluidos los padres, los líderes religiosos, los grupos de mujeres y los adolescentes) para llegar a un acuerdo respecto de una

estrategia aceptable que brinde a los adolescentes de la comunidad acceso a los servicios de SR.

Dado que los distribuidores están ofreciendo servicios de SR en la comunidad, la calidad del servicio es muy importante para los administradores del programa. La experiencia internacional ha demostrado que los adolescentes responden mejor a las interacciones en el lugar y que los adolescentes capacitados en DBC valoran la conexión con los supervisores adultos, quienes pueden ayudarlos a desarrollar y mejorar las nuevas aptitudes aprendidas.

La presente sección contiene tres herramientas para utilizar durante la introducción y la implementación de un programa orientado a los adolescentes relacionado con CDF respecto de PF y preservativos:

- Preparación para Implementar la Lista de DBC
- Lista de Supervisión de DBC para Adolescentes
- Formulario de Derivación de Pacientes para Adolescentes Capacitados en DBC

Cada herramienta es una plantilla y debería adaptarse al contexto de la situación particular de emergencia. Se pueden encontrar recursos e información adicionales sobre los programas de DBC y los métodos y algoritmos de PF en la sección “Lectura sugerida” que se encuentra a continuación.

LECTURA SUGERIDA:

1. FHI. *Provision of Injectable Contraception Services through Community-Based Distribution*, 2008. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ewyj6yas7sltqnexv7dvnc2assdoimhycn37pgdwwgywjshh-gcvkileqwws35jjkhs3asrca72llj/Part1NineSteps.pdf>.
2. OMS. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. (OMS, 2007). <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/>

Preparación para Implementar la Lista de Distribución Basada en la Comunidad

Esta lista muestra los principales pasos que deberían seguir los administradores del programa al planificar y prepararse para capacitar a los adolescentes en DBC e introducir un programa de DBC durante la planificación de los servicios integrales de SSR.

✓	La Acción	Descripción
	Revisar las políticas nacionales	Garantizar que la DBC esté aceptada dentro de las políticas nacionales. Abogar, junto con las autoridades nacionales de salud, por la autorización para implementar el programa de DBC, de ser necesario.
	Conseguir el apoyo local	Informar a los interesados locales (adolescentes, padres, líderes de la comunidad, autoridades de salud, empleados de la salud) y alentarlos a que apoyen el programa de DBC.*
	Identificar a los beneficiarios y sus necesidades	A través de planteos en grupos de análisis, encuestas y entrevistas a informantes claves, identificar a los adolescentes que pueden beneficiarse con la DBC y a quiénes se puede llegar con el programa. (Por ejemplo, las niñas jóvenes casadas tienen grandes necesidades insatisfechas de PF, pero menos acceso a los centros de salud debido a una reducción en la movilidad). Averiguar también cuáles son las barreras para acceder a la información y a los servicios de SSR. Garantizar que los miembros de los grupos de mayor riesgo estén incluidos en el proceso de evaluación de las necesidades.
	Establecer una cadena de abastecimiento de materias primas	Desarrollar un sistema para asegurar un suministro constante de materias primas para PF para evitar falta de stock. Adquirir productos para la puesta en marcha del programa.
	Seleccionar a los adolescentes que recibirán capacitación en DBC	Involucrar a la comunidad (líderes, adolescentes, padres) en el proceso de selección. Definir los criterios de selección, los cuales pueden incluir el nivel de educación, la confiabilidad, las actitudes hacia la PF y la experiencia previa trabajando para la comunidad. Deberían seleccionarse tanto mujeres como varones para recibir capacitación en DBC. Confirmar que los adolescentes que recibirán capacitación estén distribuidos geográficamente por toda la comunidad para asegurar una cobertura sin superposiciones.
	Capacitar a los adolescentes en DBC	Capacitar a los adolescentes de acuerdo a los protocolos estándar (protocolos nacionales, si están disponibles) para: <ul style="list-style-type: none"> • brindar información precisa y adecuada sobre SSR; • brindar asesoramiento sobre todos los métodos de PF; • distribuir preservativos y otros métodos de PF (generalmente PCOs y, de ser posible, inyectables); y • efectuar derivaciones cuando sea necesario. Practicar cómo adherirse a las precauciones estándar, cómo administrar stocks y evitar la falta de stock; <p>Instruir a los aprendices acerca de los grupos de adolescentes de alto riesgo y de la importancia de llegar a ellos con los servicios. Instruir a los aprendices acerca de la importancia de mantener la confidencialidad de los pacientes.</p> Capacitar respecto de la recolección y el informe de datos.
	Desarrollar un plan de trabajo	Revisar los objetivos del programa e identificar las actividades clave de dicho programa. Establecer una línea de tiempo para implementar las actividades.
	Desarrollar un plan de Monitoreo y Evaluación (MyE)	Establecer, con los adolescentes capacitados en DBC, una línea de tiempo para la recolección y el informe de datos al inicio del proyecto, mensualmente y al final del proyecto. Utilizar herramientas estandarizadas de recolección e informe de datos (herramientas nacionales, si existen). Garantizar que se establezcan claramente las responsabilidades de información. Desarrollar un programa de supervisión.
	Concientizar a los adolescentes de la comunidad	Concientizar a los adolescentes acerca de los métodos de PF que se pondrán a disposición a través del programa de DBC. Se puede divulgar la información a través de medios masivos, materiales impresos, grupos y clubes de adolescentes, etc. Los adolescentes capacitados en DBC deberían participar en el proceso de concientización.

Cont. ▶

◀ Cont.

✓	La Acción	Descripción
	Establecer mecanismos para recibir y derivar pacientes	Trabajar con los centros para desarrollar un mecanismo que permita derivar los pacientes adolescentes del centro de salud hacia el programa de DBC y viceversa. Trabajar con los adolescentes capacitados en DBC, los adolescentes y otros miembros de la comunidad para desarrollar un sistema que reciba a los nuevos pacientes de la comunidad.
	Establecer vínculos con otros sectores para la recepción y derivación de pacientes	Establecer vínculos con otros sectores (protección, medios de subsistencia, educación, servicios de salud social y apoyo psicosocial, DDR, etc.) y mecanismos para derivación de los adolescentes, ya sea desde o hacia el programa de DBC.
	Establecer mecanismos de comunicación	Desarrollar, junto con los adolescentes capacitados en DBC y los todos los interesados, un camino que resulte accesible para los beneficiarios, los adolescentes capacitados en DBC y otros miembros de la comunidad para proporcionar mecanismos de comunicación sobre el programa y sugerir modos en los que puede mejorarse.

* La programación basada en la comunidad que realizan los adolescentes podría constituir un desafío en contextos en los cuales la educación sexual y la PF no se discuten entre personas solteras. En dichos contextos, es necesario tomarse tiempo para discutir con los miembros de la comunidad (incluidos los líderes religiosos, los grupos de mujeres, los padres y los adolescentes) para llegar a un acuerdo respecto de establecer una estrategia aceptable que brinde a los adolescentes de la comunidad acceso a los servicios de SSR.

Herramienta de Supervisión de Distribución Basada en la Comunidad para los Adolescentes

Instrucciones: Observar al adolescente capacitado en DBC con cinco pacientes. Evaluar las sesiones y calificarlas con una nota, de la siguiente manera:

Actividad no realizada **1 punto**

Actividad realizada, pero que necesita mejorarse **2 puntos**

Actividad bien realizada **3 puntos**

Sumar el puntaje para cada tema de conversación luego de que se hayan completado las cinco visitas. Crear, junto con el adolescente capacitado en DBC, un plan de

acción para lograr una mejora en la aptitud deseada, sobre la base de los siguientes niveles de puntuación:

5 - 7 Necesita aprender nuevamente la aptitud

7 - 12 Bueno, pero necesita mejorar

13 - 15 Excelente, debe continuar como hasta el momento

Si el adolescente necesita aprender nuevamente la aptitud o precisa mejorar, describir en la columna "Pasos a Seguir" los pasos que debería seguir antes de la próxima visita del supervisor.

Nombre del adolescente _____		Nombre del supervisor _____					
Aptitud	Pacientes					Puntaje total	Paso a Seguir
	1	2	3	4	5		
Fecha de la(s) visita(s) ->							
Introducción							
Ofreció privacidad por encontrar un lugar ajeno a las molestias							
Saludó al paciente amablemente y se presentó							
Aseguró confidencialidad del cliente							
Preguntó nombre del cliente							
Evaluar el Historial Obstétrico y de Planificación Familiar del Paciente							
Preguntó la edad del paciente							
Preguntó la cantidad de embarazos							
Preguntó la cantidad de hijos vivos							
Preguntó la cantidad de hijos deseados							
Preguntó si el paciente utiliza actualmente o si utilizó alguna vez un método anticonceptivo							
Preguntó si el paciente o su pareja utilizan preservativos siempre que mantienen relaciones sexuales							

Cont. ▶

◀ Cont.

Aptitud	Pacientes					Puntaje total	Paso a Seguir
	1	2	3	4	5		
Fecha de la(s) visita(s) ->							
Ayudar al Paciente a Elegir un Método de Planificación Familiar							
Utilizó de manera adecuada el material de ayuda para la enseñanza							
Explicó todos los métodos de PF disponibles (tanto del adolescente como centro de salud).							
Asesoró al paciente sobre ITSs/VIH/SIDA							
Promovió la doble protección (contra las ITSs y el embarazo)							
Permitió al paciente formular preguntas y respondió de manera adecuada							
Preguntó al paciente acerca de su método elegido							
Se aseguró de que la elección del paciente fuera voluntaria y no forzada							
Ofreció derivación para métodos disponibles únicamente en el centro de salud							
Revisar el Método Elegido Junto con el Paciente							
Brindó al cliente el método según el protocolo							
Explicó/demostró claramente cómo utilizar el/los método/s y explicó los efectos secundarios							
Solicitó al paciente reiterar la información acerca del/de los método/s) y toda información faltante o incorrecta							
Otorgó al paciente un folleto sobre el método (si está disponible y si se desea)							
Ofreció al cliente una fecha de seguimiento ara una nueva visita o para un reaprovisionamiento							
Si se proporcionaron preservativos, aconsejó al paciente acerca de otros lugares dentro de la comunidad donde los adolescentes pueden conseguir preservativos							
Aconsejó al cliente visitar al adolescente capacitado en DBC (si fuere necesario antes de la próxima reunión) en caso de que se presentaran problemas							

Cont. ▶

◀ Cont.

Aptitud	Pacientes					Puntaje total	Paso a Seguir
	1	2	3	4	5		
Fecha de la(s) visita(s) →							
Aptitudes utilizadas							
Se aseguró una cantidad suficiente de Preservativos y métodos de PF con anterioridad al encuentro con el paciente							
Formuló preguntas de sondeo amplias							
Dio la oportunidad al paciente de formular preguntas							
Respondió las consultas del cliente correctamente							
Realizó las derivaciones correspondientes a otros sectores o a un centro de salud para apoyo o tratamiento adicional, según el caso							
Se adhirió a las precauciones estándar							
Resumen							
Recordó al paciente la importancia de posteriores visitas al adolescente capacitado en DBC							
Agradeció al paciente por su tiempo							
Completó la tarjeta de registro del paciente							
Completó los formularios correspondientes de recolección de datos							
Observaciones del Adolescente							

Observaciones del Supervisor							

Formulario de Derivación de Pacientes para Distribución Basada en la Comunidad

Instrucciones: La Parte A del presente formulario deberá ser completada por el adolescente capacitado en DBC cuando derive a un paciente a un centro de salud o a otro sector para evaluación, atención o servicios. El adolescente debería indicar la razón de la derivación para que la persona que reciba al paciente entienda cuáles son los servicios solicitados. La Parte B del formulario será completada por el servicio de derivación o por el personal del centro de salud luego de que el paciente haya sido evaluado y haya recibido tratamiento, evaluación o servicios. La Parte B se restituye al adolescente capacitado en DBC para que sepa cuál es el estado del paciente.

Parte A (deberá ser conservada por el personal clínico o el personal)

Fecha: _____

Estimado Colega:

Estoy derivando al Sr./Srta. _____ (nombre) de _____ (ciudad),
_____ (condado), _____

(subcondado) para:

- **Recibir método anticonceptivo (especificar):** _____
- **Manejar efecto secundario (especificar):** _____
- **Servicios de salud materna (especificar):** _____
- **Manejo de ITS (especificar):** _____
- **Otro propósito (especificar):** _____

Nombre	Firma	Condado
--------	-------	---------

Parte B (a completar por el empleado de salud clínico o el personal y restituir al Adolescente capacitado en DBC)

Fecha: _____

Sr./Srta. _____ (nombre) ha recibido servicios en este centro de salud de acuerdo a lo solicitado en la derivación.

Breve descripción de los servicios brindados:

Firma de la persona que prestó el servicio	Nombre del centro en donde se prestó el servicio	Firma de la persona que prestó el servicio
---	---	---

Adaptación del FHI, *Provisión de Servicios Anticonceptivos Inyectables a través de la Distribución Basada en la Comunidad*, pág. 109

Intercambio de Lecciones Aprendidas



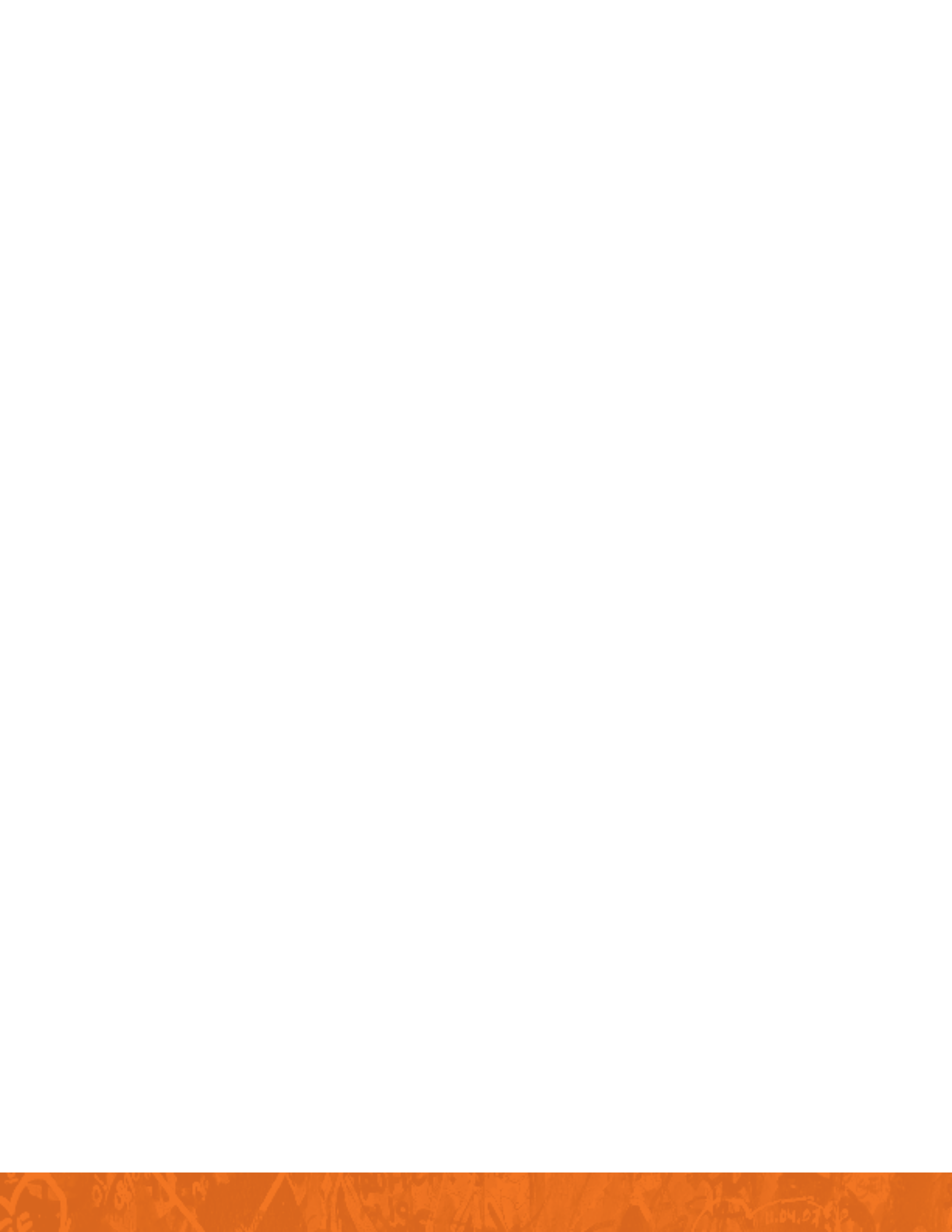
Fundamentos: Si bien existe siempre cierto grado de prueba y error, el contexto de emergencia no es el lugar para “reinventar la rueda”; es importante que los programas se implementen de la manera más eficaz posible. Existe poca documentación sobre los programas o las lecciones aprendidas relacionadas con la SSRA en contextos de emergencia y posteriores a una emergencia. Documentar las lecciones aprendidas durante el transcurso de la implementación no sólo permitirá analizar nuestros programas, sino también compartir nuestro éxito y desarrollar una serie de mejores prácticas sobre las cuales se podrá construir con el tiempo.

La herramienta de Intercambio de Lecciones Aprendidas permite documentar las experiencias durante el transcurso de la implementación de los programas de SSRA en contextos de crisis y compartir esa información con otras agencias. La herramienta debería completarse luego de la fase de emergencia aguda o una vez que los servicios integrales de SR se hayan establecido. Una vez completa, la herramienta debería enviarse al GTIA, subgrupo de trabajo de salud adolescente a la dirección: arh@my.ibpinitiative.org para que las experiencias puedan documentarse y compartirse con otras agencias. Tener en cuenta que para publicar o remitir documentos, se debe ser miembro de un GTIA. Se puede obtener la membresía en: <http://my.ibpinitiative.org/iawg/>

Otra opción es enviar la herramienta completa al Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHRC Consortium), a la dirección: info@rhrc.org

Formulario de Intercambio de Lecciones Aprendidas

- ¿En qué tipo de contexto de emergencia atendió las necesidades de SR de los adolescentes?
- ¿A qué grupo de adolescentes estuvo destinado?
- ¿Había sub-grupos de adolescentes particularmente de alto riesgo en este contexto?
- ¿Las niñas adolescentes o las mujeres encontraron alguna barrera de género para acceder al programa de SR? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron estas barreras?
- ¿Qué estrategias utilizó para atender las necesidades de SR en esta situación de emergencia?
- ¿Hubo aspectos específicos del programa de SSRA que implementó que resultaron particularmente exitosos? ¿A qué atribuye el éxito?
- ¿Hubo aspectos específicos del programa de SSRA que implementó que no funcionaron para nada bien? ¿A qué atribuye las dificultades?
- ¿Qué desafíos enfrentó a medida que atendía a las necesidades de SR de los adolescentes en esta situación de emergencia? ¿Fue capaz de superar con éxito estos desafíos? En caso afirmativo, ¿cómo? En caso negativo, ¿por qué no?
- ¿Pudo monitorear el impacto de su programa (incluyendo la cantidad de beneficiarios, clasificados por edad y sexo)? En caso afirmativo, por favor indicar los resultados clave. En caso negativo, por favor explicar el motivo.
- ¿Qué recomendaciones haría a otras agencias que deseen ofrecer servicios de SSRA en un contexto similar?





Save the Children



UNFPA