



# Asamblea General

Distr. general  
4 de abril de 2016  
Español  
Original: inglés

---

## Consejo de Derechos Humanos

32º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,  
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,  
incluido el derecho al desarrollo**

## **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

### **Nota de la Secretaría**

La Secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo de Derechos Humanos el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El informe, preparado de conformidad con la resolución 24/6, se centra en el derecho de los adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en la necesidad imperiosa de aplicar las medidas necesarias para garantizar la salud y el desarrollo óptimos teniendo en cuenta la naturaleza singular de la adolescencia.

En el informe, el Relator Especial profundiza sobre las cuestiones de la salud mental, el derecho a la salud sexual y reproductiva, y el uso de sustancias y la fiscalización de las drogas, teniendo en cuenta los problemas particulares que plantean para equilibrar la autonomía emergente de los adolescentes con su derecho a la protección.

GE.16-05387 (S) 190416 210416



\* 1 6 0 5 3 8 7 \*

Se ruega reciclar



## Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

### Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción .....	3
II. Comprensión de la adolescencia y sus consecuencias para el derecho a la salud .....	4
A. Un período de transición .....	4
B. Obstáculos al derecho de los adolescentes a la salud .....	5
C. Oportunidades para la realización del derecho a la salud .....	6
III. Derecho a la salud en la adolescencia .....	7
A. Comprensión del derecho a la salud .....	7
B. La atención de la salud y otros servicios sanitarios esenciales para la salud de los adolescentes .....	8
C. Determinantes básicos y sociales de la salud .....	9
D. Derecho a la no discriminación .....	11
E. Participación .....	12
F. Rendición de cuentas .....	14
IV. Promoción del bienestar emocional y la salud mental .....	15
A. Naturaleza y prevalencia de los problemas de salud mental en la adolescencia .....	15
B. Promoción de servicios de salud mental eficaces .....	16
V. Derechos de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva .....	18
A. Naturaleza de y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y problemas conexos .....	18
B. Prestación efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes .....	20
VI. Adolescentes, uso de sustancias y fiscalización de las drogas .....	21
A. Naturaleza del uso de sustancias en la adolescencia y problemas conexos .....	21
B. Prestación de servicios adecuados para tratar el uso de sustancias por los adolescentes .....	22
VII. Conclusiones y recomendaciones .....	24

## I. Introducción

1. La adolescencia (10 a 19 años de edad) es una etapa de la vida en que las desigualdades se vuelven más claramente diferenciadas en cuanto al acceso a los servicios, las decisiones sobre la vida y las trayectorias futuras. Las bases que se establecen durante la adolescencia, en términos de seguridad emocional, salud, educación, competencias, resiliencia y comprensión de los derechos, tendrán profundas consecuencias para el desarrollo social, económico y político de los adolescentes. Los costos de fallar a los adolescentes son elevados, por lo cual se justifica plenamente prestar mayor atención al derecho de los adolescentes al más alto nivel posible de salud y desarrollo.

2. La comunidad internacional de la salud y el desarrollo tiene un interés creciente en la adolescencia, como se refleja principalmente en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Se trata de compromisos importantes y bienvenidos que ahora deben traducirse en medidas sobre el terreno.

3. Se estima que la población mundial de adolescentes es de más de 1.200 millones, el 88% de los cuales vive en países en desarrollo<sup>1</sup>. Los adolescentes representan el 18% de la población mundial. Aunque la adolescencia se caracteriza intrínsecamente por una mortalidad relativamente baja en comparación con otros grupos de edad, está asociada con factores de riesgo nuevos y complejos que se traducen en patrones de conducta que afectan la morbilidad y mortalidad a largo plazo<sup>2</sup>. Asimismo, los adolescentes figuran entre los grupos a los que los servicios de salud existentes peor atienden<sup>3</sup>.

4. Se calcula que en 2012, 1,3 millones de adolescentes murieron por causas prevenibles o tratables<sup>4</sup>. Los accidentes de tráfico, el suicidio y el homicidio, la violencia y la guerra, el ahogamiento y los incidentes relacionados con incendios representan aproximadamente el 40% de todas las muertes de jóvenes (personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años)<sup>5</sup>. Un pequeño porcentaje de adolescentes sufre de enfermedades que limitan la vida y se estima que la mayoría de ellos no tiene acceso a atención paliativa<sup>6</sup>.

5. La falta de acceso a servicios e información de salud reproductiva segura contribuye a que las adolescentes estén entre las mujeres que tienen mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves o permanente relacionadas con el embarazo precoz y el parto. La falta de políticas y servicios de salud mental eficaces para adolescentes produce deficiencias importantes en el desarrollo emocional y social, como la violencia contra adolescentes y entre estos. Casi todos estos riesgos pueden prevenirse, dado que los resultados dependen del entorno físico y social, y frecuentemente pueden modificarse actuando sobre las conductas de los adolescentes.

<sup>1</sup> Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (2011).

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*.

<sup>3</sup> OMS, *Salud para los adolescentes del mundo*. Puede consultarse en [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1).

<sup>4</sup> OMS, “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones”, nota descriptiva núm. 345 (2014).

<sup>5</sup> George Patton y otros, “Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data”, *The Lancet*, vol. 374 (2009), págs. 881 a 892.

<sup>6</sup> Stephen Connor y otros, “Assessment of the need for palliative care for children in South Africa”, *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 20, núm. 3 (marzo de 2014), págs. 130 a 134; y OMS y World Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (2014), pág. 19.

6. La magnitud y la amplitud de los cambios en el desarrollo durante la adolescencia son solo menores que las experimentadas en la primera infancia<sup>7</sup>. Si bien las inversiones realizadas durante los últimos 20 años han logrado enormes beneficios para los niños en los primeros años<sup>8</sup>, los encargados de la formulación de políticas han reconocido en mucho menor grado las consecuencias del desarrollo en el segundo decenio de vida. En los últimos 50 años, la salud de los adolescentes ha mejorado mucho menos que la de los niños de corta edad<sup>9</sup>.

7. Si bien hay muchas cuestiones de preocupación respecto de la salud durante la adolescencia, en el presente informe el Relator Especial se centra en la salud mental, el uso de sustancias y la fiscalización de las drogas, y los derechos a la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los problemas particulares que plantean para equilibrar la autonomía emergente de los adolescentes con su derecho a la protección. Utilizando el marco del derecho a la salud, el Relator Especial subraya la importancia de valorar los puntos fuertes de los adolescentes y trabajar con ellos como asociados al conformar y fundamentar las medidas necesarias para hacer efectivo su derecho a la salud y su desarrollo óptimo.

8. El Relator Especial reconoce la heterogeneidad de la adolescencia y que las definiciones varían por país y región. Sin embargo, para promover la coherencia y facilitar la medición de la salud de los adolescentes, en este informe se utiliza la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera adolescentes a las personas de 10 a 19 años (hasta que cumplen 20 años)<sup>10</sup>.

## II. Comprensión de la adolescencia y sus consecuencias para el derecho a la salud

### A. Un período de transición

9. La adolescencia es una etapa de la vida que tiene valor intrínseco, no es simplemente la transición entre la infancia y la edad adulta. Es una etapa del desarrollo crítica caracterizada por capacidades cognitivas crecientes y competencias emocionales, durante la cual el cerebro tiene una importante plasticidad neural<sup>11</sup>. El potencial físico, mental y social que se establece durante el segundo decenio contribuye a mejorar la capacidad intelectual y el funcionamiento emocional en la edad adulta<sup>12</sup>.

10. La salud de los adolescentes es el resultado de la interacción entre el desarrollo del niño en la primera infancia y los cambios en los papeles biológicos y sociales específicos que acompañan a la pubertad, regidos por determinantes sociales y factores de riesgo y de protección que afectan a la incorporación de comportamientos relacionados con la salud<sup>13</sup>. Si bien los propios adolescentes tienen la capacidad de contribuir a su propia salud y bienestar, solo pueden lograr este objetivo si los Estados respetan y protegen sus derechos y les proporcionan acceso a las condiciones, los servicios y la información necesarios.

<sup>7</sup> R. M. Viner y otros, "Adolescence and the social determinants of health", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9826 (abril de 2012), págs. 1641 a 1652.

<sup>8</sup> A/70/213.

<sup>9</sup> Susan Sawyer y otros, "Adolescence: a foundation for future health", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9826 (abril de 2012), págs. 1630 a 1640.

<sup>10</sup> Véanse [who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/) y [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/frh\\_adh\\_98\\_18/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/).

<sup>11</sup> Susan Sawyer y otros, "Adolescence: a foundation for future health".

<sup>12</sup> OMS, *Salud para los adolescentes del mundo*.

<sup>13</sup> Susan Sawyer y otros, "Adolescence: a foundation for future health" (resumen).

11. La adolescencia es un período de desarrollo encaminado al aumento de la capacidad para la adopción independiente de decisiones, dejando atrás los entornos de protección característicos de la primera infancia. Está acompañada de mayor experimentación, conductas de riesgo e impulsividad, y de una creciente influencia del grupo de pares. Estos comportamientos contribuyen a la creación de resiliencia, carácter y confianza en sí mismos, así como a la exploración y la comprensión de los límites, y reflejan el ajuste gradual de la protección a la autonomía. Por consiguiente, mientras que los adolescentes menores de 18 años de edad siguen teniendo derecho a la protección contra la violencia, el abuso y la explotación, así como a que se tenga en cuenta su interés superior, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, la naturaleza de esa protección y su aplicación debe reflejar las nuevas competencias que se adquieren durante la adolescencia.

12. La transición a la edad adulta se caracteriza por la naturaleza cambiante de las relaciones. En todas las culturas, los adolescentes comienzan a dar mucha más importancia a su grupo de pares y a estar cada vez más influenciados por este y menos por la familia y los cuidadores<sup>14</sup>. Los adolescentes también comienzan a explorar su sexualidad, orientación sexual e identidad de género. Hay una gran diversidad de combinaciones de identidad de género, expresión de género y orientación sexual, independientemente de que esa diversidad sea culturalmente aceptada<sup>15</sup>. Cada vez está más claro que la orientación sexual y la identidad de género derivan de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos y sociales, y que las personas tienen poca o ninguna opción en su determinación<sup>16</sup>.

13. Ayudar a los adolescentes a navegar con éxito el difícil camino hacia un desarrollo emocional, psicosocial, físico y sexual saludable requiere el reconocimiento de sus derechos a la información, la libertad de expresión y de asociación, la protección contra todas las formas de violencia, la seguridad, la integridad física y la vida familiar, y el respeto de su dignidad y la evolución de sus capacidades.

## B. Obstáculos al derecho de los adolescentes a la salud

14. Si bien las oportunidades de los adolescentes en muchas partes del mundo han mejorado en los últimos años, el segundo decenio de vida está asociado con la exposición a riesgos cada vez mayores al derecho a la salud, en particular la violencia, el abuso, la explotación sexual o económica, la trata, las prácticas tradicionales nocivas, la migración, la radicalización, el reclutamiento en milicias o bandas, las lesiones autoinfligidas, el uso y la dependencia de sustancias, y la obesidad. Las desigualdades de género pasan a ser más importantes, por ejemplo, a medida que las niñas se ven expuestas al matrimonio infantil, la violencia sexual y menores niveles de matriculación en la enseñanza secundaria. El mundo en que viven los adolescentes presenta graves problemas, como la pobreza y la desigualdad, el cambio climático y la degradación ambiental, la urbanización y la migración, cambios radicales en las posibilidades de empleo, el envejecimiento de las sociedades, el aumento de los costos de atención de la salud y la intensificación de las crisis humanitarias y de seguridad<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> Clea McNeely y Krishna Bose, “Adolescent social and emotional development: a developmental science perspective on adolescent human rights”, en *Human Rights and Adolescence*, Jacqueline Bhabha, ed. (2014).

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> Véase [www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx](http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx).

<sup>17</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la infancia 2011 – La adolescencia: Una época de oportunidades* (2011).

15. Las políticas de los Estados dirigidas a los adolescentes a menudo se caracterizan por intervenciones selectivas o punitivas encaminadas a abordar los problemas como la delincuencia juvenil y la violencia, así como los problemas percibidos, como el uso de sustancias y la actividad sexual; normalmente se presta muy poca atención a la creación de entornos positivos en los que los adolescentes puedan prosperar. Las intervenciones punitivas y de carácter principalmente biomédico hacen caso omiso de los poderosos determinantes sociales y económicos que influyen en el comportamiento, las oportunidades y el bienestar de los adolescentes. Estigmatizar, demonizar y discriminar a los adolescentes, por ejemplo considerando que sus comportamientos y diversidad son delitos o patologías, afecta negativamente a las funciones que entienden deben cumplir en la sociedad, su autoestima, su bienestar y su sentido de empoderamiento. Estos enfoques fallan a los adolescentes, a su desarrollo integral y a su derecho a la salud.

16. Las políticas formuladas para niños o jóvenes que se aplican a todos no suelen ocuparse de los adolescentes, en particular los de 10 a 14 años. La falta de conocimientos o comprensión de sus singulares necesidades de salud puede hacer que los adolescentes no tengan visibilidad. Estos hacen frente a múltiples obstáculos en relación con los servicios de salud, incluidos los siguientes: leyes y políticas restrictivas; la falta de disponibilidad de anticonceptivos o abortos en condiciones seguras; servicios inaccesibles debido a la falta de información, la distancia o el costo; la falta de garantías de intimidad y confidencialidad; el requisito de notificación a los padres y su consentimiento; la prestación de servicios de manera irrespetuosa, hostil, prejuiciosa o carente de solidaridad; y la discriminación contra determinados grupos de adolescentes, incluidos aquellos con discapacidad, los que trabajan y viven en la calle o se dedican al comercio sexual, y los que pertenecen a grupos históricamente marginados<sup>18</sup>. Los Estados tienen obligaciones positivas de derechos humanos destinadas a garantizar los derechos de los adolescentes y a trabajar con ellos de manera significativa para determinar sus necesidades y prioridades.

17. La rápida globalización y los cambios sociales y culturales, reforzados por el mundo digital, implican que muchos adolescentes viven en un mundo muy distinto del de los adultos que los rodean en relación con la información, la velocidad del cambio, las normas sociales, los riesgos, las aspiraciones y las oportunidades. Si bien estos entornos rápidamente cambiantes ofrecen importantes oportunidades para los adolescentes, también pueden plantear obstáculos significativos a sus derechos, por ejemplo a la intimidad, el consentimiento informado y la protección contra la explotación, con consecuencias importantes, en particular para su salud mental y bienestar. Además, la velocidad del cambio puede inhibir la comprensión intergeneracional, dificultando la capacidad de los padres y otros cuidadores para proporcionar la orientación necesaria a fin de proteger y promover el derecho de los adolescentes a la salud.

18. La falta de datos desglosados por edad, sexo y discapacidad plantea uno de los mayores desafíos para la promoción de los derechos de los adolescentes<sup>19</sup>. Sin datos adecuados, los Estados carecen de pruebas para dar forma a la política de salud, detectar las deficiencias y apoyar la asignación de recursos suficientes.

### C. Oportunidades para la realización del derecho a la salud

19. Los adolescentes son agentes del cambio social y puedan aportar dinamismo, flexibilidad, creatividad y energía a la realización de su propio derecho a la salud y del de otros. Los Estados deberían adoptar un marco de derechos humanos para la salud de los adolescentes orientado por el reconocimiento de sus fortalezas, capacidades y

<sup>18</sup> OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly* (2012).

<sup>19</sup> UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2011*.

contribuciones, y al tiempo abordar el impacto de los determinantes sociales de la salud. Respetar a los adolescentes, trabajar con ellos y tratarlos como un recurso contribuye a sentar las bases para la seguridad emocional, la salud, la educación y las competencias necesarias para la realización plena y efectiva del derecho a la salud.

20. Los adolescentes tienen derecho a desempeñar un papel cada vez más importante en la determinación de su propia atención de la salud. El respeto y el reconocimiento de sus capacidades son intrínsecos a la mejora de los resultados positivos en materia de salud. El establecimiento de asociaciones con los adolescentes es la clave para la conformación de un entorno que permita el ejercicio de su derecho a la salud.

21. En particular, el papel de vanguardia que desempeñan los adolescentes en la utilización y conformación de las nuevas tecnologías de las comunicaciones implica que están en buenas condiciones para construir y utilizar redes que promuevan su derecho a la salud, por ejemplo mediante la difusión de información, la recopilación de datos, el diseño de campañas de salud, la educación sanitaria, la educación y el asesoramiento por pares, y la mediación de conflictos. Varias intervenciones de ciberseguridad y en la web, y aplicaciones móviles proporcionan información, aumentan el acceso a la atención, atraen a los adolescentes al tratamiento e inician la asistencia durante la convalecencia. Esas competencias y capacidades implican que los adolescentes están en una posición única para contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, así como para vigilar a los gobiernos y exigirles que rindan cuentas respecto de los compromisos contraídos (resolución 70/1 de la Asamblea General).

### **III. Derecho a la salud en la adolescencia**

#### **A. Comprensión del derecho a la salud**

22. La Convención sobre los Derechos del Niño proporciona un marco normativo amplio y jurídicamente vinculante para abordar el derecho de los adolescentes menores de 18 años a la salud, mientras que otros tratados, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, brindan un marco pertinente para todos los adolescentes, incluidos los de 18 y 19 años.

23. Otros tratados de derechos humanos contienen distintas protecciones para grupos específicos, pero el Comité sobre los Derechos del Niño ha estado a la vanguardia de los esfuerzos encaminados a aplicar el derecho a la salud en el contexto de los adolescentes, en particular en sus observaciones generales núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño y núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

24. El derecho de los adolescentes a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos incluidos en esos tratados, como los derechos del niño a un desarrollo saludable, a la educación, al juego y la recreación, a la seguridad social y la intimidad, y a estar libre de tortura, todas las formas de violencia y de explotación económica, sexual y de otro tipo. El derecho a la salud también está inextricablemente vinculado con la no discriminación y la igualdad, la participación y la rendición de cuentas. La salud y el desarrollo de los adolescentes deben promoverse en el contexto de un enfoque holístico e integral de la totalidad de los determinantes más amplios que afectan a las oportunidades, las opciones y el consiguiente desarrollo de los adolescentes.

25. El derecho a la salud proporciona un valioso marco normativo fundado en el compromiso de promover el interés superior de los adolescentes y reconocer al mismo tiempo la evolución de sus capacidades para asumir niveles de responsabilidad cada vez

mayores por su propia atención de la salud. También impone a los Estados la obligación jurídica de realizar gradualmente el más alto nivel posible de salud de los adolescentes; eliminar la discriminación y las desigualdades que obstaculizan el disfrute equitativo del derecho a la salud; garantizar la participación de los adolescentes en las iniciativas pertinentes; dedicar los máximos recursos disponibles al derecho a la salud de los niños; elaborar leyes y políticas adecuadas, en particular un plan nacional integral de salud que aborde el derecho de los adolescentes a la salud; y garantizar la rendición de cuentas, incluida una reparación eficaz.

26. El sector privado es un importante proveedor de atención de la salud en muchos países y cumple una función importante en el desarrollo y el perfeccionamiento de los productos y tecnologías relacionados con las drogas y la salud. Los Estados deberían garantizar que se beneficien todos los adolescentes<sup>20</sup>.

## **B. La atención de la salud y otros servicios sanitarios esenciales para la salud de los adolescentes**

27. Los Estados deben velar por que los sistemas de salud, incluidos los servicios de atención de la salud, en cooperación con otros servicios pertinentes, como los servicios sociales, de protección del niño y de educación, tengan en cuenta el derecho de los adolescentes a la salud. Deberían abordar todo el espectro de la salud y el desarrollo de los adolescentes, entre otras cosas la promoción de la salud, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la atención paliativa, las lesiones no intencionales e intencionales, la violencia y las conductas que ponen en riesgo la salud, que pueden comenzar durante la adolescencia.

28. En lugar de establecer únicamente intervenciones e instalaciones separadas para los adolescentes, deberían emprenderse iniciativas para asegurar que los adolescentes reciban una atención adecuada en todas las políticas, estrategias y programas que les afectan. Los sistemas y los servicios de salud deberían respetar el derecho a la salud y otros derechos conexos de los adolescentes, en consonancia con la evolución de sus capacidades. Esto solo puede lograrse garantizando el derecho de los adolescentes a ser escuchados y a contribuir en la planificación, aplicación, vigilancia y evaluación de los servicios.

29. El derecho a la salud da lugar a la obligación de los Estados de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bienes y centros de salud. Los Estados deben velar por que se disponga de suficientes centros, bienes, servicios y programas de salud para satisfacer las necesidades de los adolescentes, especialmente los más marginados.

30. Estos servicios, bienes y centros deben ser accesibles a todos los adolescentes sin discriminación por motivo alguno. Esto incluye el acceso a la información sobre su salud, así como sobre la naturaleza, la disponibilidad, la ubicación, el costo y el calendario de los servicios. Los servicios deben ser físicamente accesibles, en particular para los adolescentes de comunidades remotas o rurales y los adolescentes con discapacidad, y estar ubicados en lugares que brinden a los adolescentes la confianza de que se satisfarán sus necesidades de atención de salud específicas.

31. Los bienes y servicios deben ser asequibles, teniendo en cuenta que los adolescentes pocas veces tienen medios financieros o autonomía, y accesibles directamente y sin la ayuda de sus padres. En la práctica, debería recordarse que el cobro de tarifas a los usuarios puede obstaculizar el acceso a los servicios.

---

<sup>20</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15, párr. 42.



32. Los Estados deberían elaborar un conjunto básico de intervenciones gratuitas para adolescentes, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva. Los servicios deben concebirse y prestarse en consonancia con la evolución de las capacidades, las necesidades de desarrollo y el interés superior de los adolescentes. Deben respetar el derecho de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad, abordar las diferentes necesidades y expectativas culturales, y cumplir las normas éticas. Los servicios deben tener en cuenta las cuestiones de género y la condición de persona lesbiana, gay, bisexual, transgénero o intersexual, no deben ser críticos de las características personales, los estilos de vida ni las circunstancias de la vida de los adolescentes, y deben tratar a todos los adolescentes con dignidad y respeto, acorde con su condición de titulares de derechos.

33. Todos los servicios relacionados con la salud deben ser apropiados y de buena calidad, con personal capacitado que haya recibido una formación adecuada, en particular sobre el derecho de los adolescentes a la salud. El equipo y los medicamentos deben ser apropiados para adolescentes y deben realizarse evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios de atención de la salud.

34. El sector de la salud debería tomar la iniciativa en los planes de desarrollo relativos al derecho de los adolescentes a la salud. No obstante, la colaboración intersectorial es vital, en particular con los sectores de la educación y la protección social, y las consideraciones del derecho a la salud deben integrarse en las políticas y estrategias pertinentes.

### C. Determinantes básicos y sociales de la salud

35. El derecho a la salud no solo es un derecho a la atención de la salud, sino también un derecho a los determinantes básicos y sociales de la salud. Los determinantes sociales son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen que influyen en su salud. Las pruebas demuestran abrumadoramente que los principales determinantes de la salud de los adolescentes en todo el mundo son los factores estructurales, como la riqueza nacional, la desigualdad de los ingresos, los sistemas de género y el acceso a la educación<sup>21</sup>. Otros determinantes incluyen las normas sociales, las leyes y políticas, y el entorno físico, así como el entorno de las redes sociales en línea, que desempeña un papel cada vez más influyente en las vidas de los adolescentes.

36. Los Estados deben adoptar medidas jurídicas, normativas y de otra índole para abordar los determinantes básicos y sociales de la salud de los adolescentes, incluidos la seguridad vial y ambiental; los prejuicios raciales; el acceso a la educación; la persistencia del matrimonio forzado o precoz; los castigos corporales; los obstáculos sociales, económicos, políticos, culturales y jurídicos a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva; la protección social inadecuada; el internamiento; las leyes punitivas relativas a las drogas; la falta de una educación sexual integral; la penalización de la exposición al VIH, la no divulgación de la condición de seropositivo y la transmisión del VIH; la penalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo; y la laxitud de los marcos jurídicos que rigen la venta de tabaco, alcohol y comida rápida.

37. Las medidas para abordar el derecho a la salud deberían ser holísticas e integradas, ir más allá de la prestación de servicios de salud y sustentarse en los compromisos intersectoriales. Los Estados deberían atender y responder a los problemas particulares que enfrentan los diferentes grupos, como los adolescentes más jóvenes y los mayores, los hombres, las mujeres y los adolescentes que son lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales.

---

<sup>21</sup> R. M. Viner y otros, "Adolescence and the social determinants of health".

### Derecho a la protección contra todas las formas de violencia

38. La exposición a la violencia aumenta durante la adolescencia, hasta el punto de que es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el segundo decenio<sup>22</sup>. La violencia se produce en la familia, en la comunidad, en el trabajo o a manos de agentes del Estado.

39. Las niñas adolescentes, los adolescentes con discapacidad, los adolescentes que son lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los adolescentes que viven en instituciones y los adolescentes de las comunidades en las que proliferan las armas no reguladas o que están afectadas por conflictos armados figuran entre los particularmente vulnerables a la violencia. Los riesgos para las niñas incluyen, por ejemplo, la exposición a la violencia y la explotación sexuales, el matrimonio forzado o precoz, los asesinatos por honor y las prácticas abusivas que a menudo se llevan a cabo en entornos de atención de salud, como la esterilización forzada y el aborto forzado de las niñas con discapacidad, y las pruebas de virginidad forzadas<sup>23</sup>.

40. La violencia en las relaciones íntimas entre adolescentes también es común y tiene consecuencias inmediatas y posiblemente de largo plazo para su salud física, mental y social. Además de sus consecuencias inmediatas para la salud, el trauma de la violencia perpetrada por la pareja puede dar lugar a lesiones físicas de plazo largo, problemas de salud inmediatos o tardíos, y experiencias de victimización reiterada<sup>24</sup>.

41. Las jóvenes lesbianas, bisexuales y transgénero corren riesgos de violación “punitiva” en razón de su orientación sexual o su identidad de género. Los adolescentes padecen de manera desproporcionada los efectos de la violencia con armas de fuego y un número considerable de ellos hacen frente a daños graves o la muerte como consecuencia de conflictos armados.

42. La orientación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a tratar la violencia contra las mujeres y las niñas es bienvenida. No obstante, los adolescentes varones también son objeto de niveles considerables de violencia. Los varones involucrados en la delincuencia violenta con frecuencia están expuestos a respuestas punitivas severas por los Estados, lo cual genera una creciente espiral descendente de violencia que afecta gravemente a su salud física y mental y su bienestar.

43. En consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, los Estados deben adoptar medidas que hagan frente a las formas específicas de violencia con que se enfrentan los adolescentes<sup>25</sup>. El reconocimiento del derecho de los adolescentes a ejercer niveles cada vez mayores de responsabilidad no debería ir en detrimento de las obligaciones de los Estados de garantizar su protección.

44. Los derechos a la protección y la mayor participación se refuerzan mutuamente. Garantizar a los adolescentes el derecho a ser escuchados, impugnar las violaciones de sus derechos y obtener reparación los empodera para intervenir en su propia protección<sup>26</sup>. No

---

<sup>22</sup> OMS, *Salud para los adolescentes del mundo*.

<sup>23</sup> Véase la recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptada de manera conjunta.

<sup>24</sup> C. C. Pallitto y V. Murillo, “Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 42, núm. 6 (2008), págs. 580 a 586.

<sup>25</sup> Véanse los artículos 19, 37 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la observación general núm. 13 (2011) del Comité de los Derechos del Niño sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia.

<sup>26</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 63.

hacerlo condenará a millones de adolescentes de todo el mundo a violaciones extremas y continuadas de sus derechos.

45. El derecho a la protección se extiende a la violencia en el entorno digital. En un entorno de creciente uso de las redes sociales y la actividad en línea, los adolescentes son cada vez más vulnerables al ciberacoso, que está asociado con una amplia gama de problemas mentales, psicosociales, cognitivos, educativos y de salud, incluidos la depresión y el suicidio, así como otras respuestas de supervivencia deficientes, como problemas de uso de alcohol y de drogas. Sin embargo, no es ni apropiado ni posible tratar de restringir el acceso de los adolescentes al entorno digital. Por consiguiente, los Estados deberían cumplir sus obligaciones mediante la adopción de estrategias integrales destinadas a mejorar la capacidad de los adolescentes para protegerse del daño en línea, fortalecer la legislación y los mecanismos de aplicación de la ley para hacer frente a los abusos en línea, incluido el abuso transfronterizo, combatir la impunidad y capacitar a los padres y los profesionales que trabajan con niños.

### **Vida familiar**

46. La familia, en sus diversas formas y modalidades, es el entorno esencial para el bienestar, la protección y el desarrollo de los niños y adolescentes. Es necesario reconocer las diversas formas de familia para asegurar la protección y la promoción de los derechos de todos los niños y adolescentes, sin discriminación de ningún tipo.

47. Las familias seguras y solidarias son cruciales para ayudar a los adolescentes a desarrollar su potencial pleno y alcanzar el mayor nivel posible de salud en la edad adulta. Por consiguiente, el apoyo del entorno familiar es muy importante para la salud física y mental de los niños y adolescentes. Los Estados deberían elaborar políticas y servicios que apoyen a las familias y refuercen sus competencias parentales para que todos los niños puedan crecer en entornos familiares saludables.

48. Las políticas encaminadas a proteger a las familias y los valores familiares deberían evitar las medidas que socavan los derechos humanos de los miembros de la familia, incluidas las mujeres, los adolescentes y los niños más pequeños<sup>27</sup>. Estos enfoques pueden ser perjudiciales ya que corren el riesgo, en nombre de los valores tradicionales, de tolerar o condonar la violencia, reforzar las relaciones desiguales de poder en los entornos familiares y, por lo tanto, privar a los adolescentes de la oportunidad de ejercer sus derechos básicos.

49. Los Estados deberían adoptar medidas concretas para asegurar que los adolescentes con discapacidad disfruten de su derecho a la vida familiar y no sean separados de sus familias contra su voluntad. Los Estados deberían asegurar que se brinde información, capacitación y apoyo a los padres para que puedan ayudar a sus hijos adolescentes a alcanzar el más alto nivel posible de salud.

## **D. Derecho a la no discriminación**

50. El derecho a la no discriminación es fundamental para hacer realidad el derecho de los adolescentes a la salud. La discriminación abarca toda distinción, exclusión o restricción que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de todos los derechos y libertades de todas las personas en condiciones de igualdad<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Véase A/HRC/31/37, párr. 23.

<sup>28</sup> Véase Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 18 (1989) relativa a la no discriminación.

51. La propia adolescencia puede ser motivo de discriminación, pues se trata a muchos adolescentes como peligrosos, hostiles, e incapaces de tomar decisiones, o se los encarcela, explota o expone a la violencia como consecuencia directa de su edad. Los proveedores de servicios de salud pueden perpetuar la discriminación contra los adolescentes cuando les niegan servicios de salud o anticonceptivos o los tratan mal, por lo cual los adolescentes pueden ser renuentes a buscar la atención de la salud que necesitan. Los adolescentes pertenecientes a grupos o sectores marginados, como las niñas, las minorías raciales o étnicas, las poblaciones indígenas, los que son lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales, los refugiados y los adolescentes con discapacidad, hacen frente a un riesgo de exclusión mayor.

52. Para lograr una igualdad sustantiva, los Estados deben “tomar medidas especiales para reducir o eliminar las condiciones que llevan a la discriminación”<sup>29</sup> mediante la introducción de leyes y políticas integrales, así como medidas de acción afirmativa, para reducir o eliminar los obstáculos estructurales y las condiciones históricas que producen una discriminación directa o indirecta contra cualquier grupo de adolescentes por cualquier motivo.

## E. Participación

53. Las normas internacionales de derechos humanos exigen la participación libre, activa y significativa de las personas en las decisiones que afectan a sus vidas<sup>30</sup>. En particular, las obligaciones de los Estados en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales disponen que el derecho de particulares y grupos a participar en los procesos de adopción de decisiones que afectan a su salud y desarrollo debe ser parte integrante de toda política, programa o estrategia pertinente.

### **Derecho de los adolescentes a ser escuchados y considerados sujetos de derechos**

54. Los niños, incluidos los adolescentes, carecen de la autonomía plena de los adultos, aunque son sujetos de derechos. El artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño trata la condición jurídica y social del niño, reconociendo su capacidad para formarse sus propias opiniones y expresarlas libremente en todas las cuestiones que le afecten, y teniéndolas debidamente en cuenta en función de su edad y madurez<sup>31</sup>.

55. Esto se ha conceptualizado ampliamente como el derecho y principio de participación, y es fundamental para la realización del derecho de los adolescentes a la salud, tanto en cuestiones individuales relativas a su propia atención de la salud como en otras más amplias, como la formulación y elaboración de servicios relacionados con la salud. Implica un cambio fundamental en la condición tradicional del niño como receptor pasivo de las decisiones e intervenciones de los adultos.

56. A fin de garantizar la relevancia y eficacia de las intervenciones, las experiencias, las preocupaciones, los conocimientos y la creatividad de los adolescentes deberían utilizarse en la elaboración, aplicación y vigilancia de las leyes, las políticas, los servicios y los programas pertinentes que afectan a su derecho a la salud y el desarrollo a nivel escolar, comunitario, local y nacional<sup>32</sup>. Los mecanismos consultivos por sí solos no son suficientes

<sup>29</sup> Comité de los Derechos del Niño, observaciones generales núm. 15, párr. 12, y núm. 5 (2003) sobre las medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, párr. 12.

<sup>30</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 21; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 25.

<sup>31</sup> Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 12 (2009) sobre el derecho del niño a ser escuchado.

<sup>32</sup> *Ibid.*

para realizar el derecho a ser escuchados y tomados en serio. Los adolescentes deben disponer de espacios seguros con oportunidades para determinar por sí mismos las cuestiones que más les preocupan y poder actuar respecto de esas preocupaciones. Debería prestarse atención especial a los adolescentes con discapacidad, a los que debe prestarse asistencia adecuada a su discapacidad y edad para que disfruten de este derecho<sup>33</sup>.

### **Derecho al respeto de la evolución de las capacidades**

57. Durante la adolescencia, el derecho a ser escuchados y a ser tomados en serio constituye una transición al derecho de tomar decisiones autónomas sobre la atención de su salud y el tratamiento. El concepto de la evolución de las capacidades de los niños es un principio que aborda el proceso de maduración y aprendizaje por medio del cual adquieren progresivamente competencias y comprensión<sup>34</sup>.

58. La adolescencia no es solo un período de desarrollo cognitivo ampliado considerablemente, también se asocia con una mayor conciencia personal y social, y la capacidad de responder a la complejidad y a tener en cuenta las perspectivas de los demás<sup>35</sup>. Estos acontecimientos tienen profundas consecuencias en la capacidad de los adolescentes para asumir niveles cada vez mayores de responsabilidad en la adopción de decisiones respecto del derecho a la salud.

59. Sin embargo, con demasiada frecuencia los Estados siguen negando a los adolescentes el derecho a tomar decisiones autónomas y confidenciales con respecto al acceso a los servicios de salud al requerir la notificación a los padres o su consentimiento. Debido a estas restricciones, los adolescentes suelen ser reacios a acceder a los servicios necesarios para evitar el pedido del consentimiento de los padres, lo cual puede dar por resultado el rechazo, la estigmatización, la hostilidad o incluso la violencia.

60. Se insta a los Estados a que consideren la posibilidad de introducir la presunción legal de la competencia de un adolescente que busca bienes y servicios de salud preventivos o para los que el tiempo es un factor crucial, incluida la salud sexual y reproductiva, para acceder a esos bienes y servicios. Cuando existen edades mínimas de consentimiento, como ha sostenido el Comité de los Derechos del Niño, los adolescentes menores de esa edad y capaces de demostrar una comprensión suficiente deberían tener derecho a dar o denegar el consentimiento. Como mínimo, los Estados deberían garantizar una edad mínima muy por debajo de los 18 años en que los adolescentes tengan el derecho de consentir o rechazar servicios sin la obligación de contar con la autorización de un padre, tutor, cónyuge o pareja, o de notificarlos. El derecho al asesoramiento y consejo es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no debería estar sujeto a limitación de edad alguna<sup>36</sup>.

61. Debe prestarse atención particular a los obstáculos con que se enfrentan los adolescentes con discapacidad, ya que sus opiniones deberían tenerse debidamente en

<sup>33</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 7 3).

<sup>34</sup> Véanse Convención sobre los Derechos del Niño, art. 5, y Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 7 (2006) sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia.

<sup>35</sup> Sarah-Jayne Blakemore y S. Choudhury, "Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, núms. 3 y 4 (2006), págs. 296 a 312; y Sarah-Jayne Blakemore y Kathryn L. Mills, "Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?", *Annual Review of Psychology*, vol. 65 (2014), págs. 187 a 207.

<sup>36</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 12.

cuenta en función de la edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás, y debe ofrecérseles la posibilidad de contar con apoyo en la adopción de decisiones<sup>37</sup>.

## F. Rendición de cuentas

62. La rendición de cuentas, incluidos sus elementos constitutivos de vigilancia, examen y reparación, es esencial para que el derecho a la salud sea más que una aspiración<sup>38</sup>. Revela en qué se realizaron progresos y en qué no, permite a los garantes de derechos que expliquen qué han hecho y hagan ajustes, y ofrece una oportunidad para que los titulares de derechos, incluidos los adolescentes, colaboren con los garantes de derechos en la promoción y protección de sus derechos y obtengan reparación en los casos de infracciones<sup>39</sup>.

63. El compromiso expresado en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) con la mejora de la rendición de cuentas a nivel nacional y mundial, entre otras sobre la salud de los adolescentes, es bienvenido, al igual que el compromiso más amplio con la rendición de cuentas incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este sentido, los Estados deberían garantizar la calidad y la puntualidad de la recopilación de datos debidamente desglosados y que las leyes, las políticas y los programas relativos a la salud de los adolescentes se examinen periódicamente y de forma transparente. Las evaluaciones o investigaciones públicas nacionales del derecho de los adolescentes a la salud son bienvenidas y pueden ser realizadas por instituciones nacionales.

64. Los adolescentes, junto con otros interesados clave de la sociedad civil, deberían desempeñar un papel activo en la rendición de cuentas. Deberían participar activamente en la determinación de indicadores a nivel nacional y local que reflejen las cuestiones que consideren de importancia decisiva para la realización del derecho a la salud.

65. A tal fin, todas las políticas pertinentes deberían formularse y revisarse periódicamente sobre la base de un proceso transparente con la participación de los adolescentes, e incluir indicadores y elementos de referencia relativos al derecho a la salud<sup>40</sup>. Los indicadores deberían desglosarse por motivos adecuados, incluidos los contenidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a saber, edad, ingresos, género, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad y ubicación geográfica, a fin de vigilar el estado de salud de los grupos y sectores marginados de adolescentes (véase la meta 17.18). Los adolescentes y otros actores pertinentes de la sociedad civil también deberían participar activamente en los procesos de examen.

66. Los Estados deberían garantizar que los adolescentes tengan acceso a recursos eficaces para juzgar las violaciones de su derecho a la salud, mediante la prestación de mecanismos de reparación solidarios adaptados a la infancia que tengan la autoridad para resolver las reclamaciones hechas por los adolescentes y presentadas en su nombre, así como acceso a servicios jurídicos gratuitos o subvencionados y otra asistencia apropiada

<sup>37</sup> Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley.

<sup>38</sup> Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, *Manteniendo promesas, evaluando los resultados* (2011).

<sup>39</sup> Helen Potts, *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (2008).

<sup>40</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43 f).

(véase A/HRC/25/35). Además, los Estados deberían poner en marcha recursos preventivos para que los adolescentes puedan impugnar la denegación del acceso a servicios de salud<sup>41</sup>.

## IV. Promoción del bienestar emocional y la salud mental

### A. Naturaleza y prevalencia de los problemas de salud mental en la adolescencia

67. A nivel mundial, se calcula que aproximadamente el 20% de los adolescentes de 14 a 24 años padece un trastorno mental por año<sup>42</sup>. La transición de la niñez a la edad adulta es un período de mayor vulnerabilidad (la mitad de todos los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años) causada en gran medida por los cambios físicos, psicológicos y emocionales que surgen durante este período. Las investigaciones indican que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de muerte<sup>43</sup>.

68. La mala salud mental puede afectar a la salud y el desarrollo de los adolescentes en general y se asocia con muchos daños a la salud y resultados sociales, como el uso de sustancias, la incapacidad de establecer relaciones, el abandono escolar o el rendimiento académico insatisfactorio, y comportamientos delictivos, junto con una mayor probabilidad de pobreza y peores oportunidades de empleo<sup>44</sup>.

69. El riesgo de sufrir trastornos de salud mental se ve acentuado por la pobreza y por acontecimientos adversos de la infancia, por ejemplo, el abuso sexual y emocional, el acoso y la pérdida de uno de los progenitores. Los adolescentes en situaciones posteriores a conflictos o desastres o los que no tienen hogar y viven en la calle, los huérfanos, los que son lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales o los involucrados con el sistema de justicia juvenil también están en una situación de mayor riesgo. Las tasas de enfermedad mental de los adolescentes en el sistema de justicia juvenil son considerablemente superiores a las de la población en general y se estima que al 70% puede diagnosticársele al menos un trastorno mental<sup>45</sup>.

70. El marco internacional de derechos humanos establece claramente la obligación de los Estados de promover la salud mental y el bienestar emocional de los adolescentes, proporcionar tratamiento y atención de la salud mental adecuados y velar por que las leyes de salud mental reconozcan plenamente los derechos de las personas con enfermedades mentales<sup>46</sup>. La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Esta meta debe aplicarse plenamente a los adolescentes.

71. A pesar de estos compromisos y obligaciones, existe una preocupante falta de reconocimiento o conciencia de la naturaleza y la magnitud de los problemas de salud

<sup>41</sup> Véanse *LC v. Peru; P&S v. Poland*.

<sup>42</sup> Vikram Patel, Benedetto Saraceno y Arthur Kleinman, "Beyond evidence: the moral case for international mental health", *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, núm. 8 (2006), págs. 1312 a 1315; y UNICEF, *Estado Mundial de la infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano* (2012).

<sup>43</sup> OMS, "Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones", nota descriptiva núm. 345 (2014).

<sup>44</sup> Naciones Unidas, *Mental Health Matters: Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions* (2014).

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 24 1) y 2) b), y 6; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14; y E/1995/22-E/C.12/1994/20.

mental entre los adolescentes en muchos países. Las pruebas indican que muchos adolescentes consideran el bienestar emocional el problema de salud más importante con que se enfrentan y desearían tener más acceso a servicios de atención de la salud mental de calidad<sup>47</sup>.

72. La naturaleza de las necesidades de salud mental de los adolescentes es diferente de la de los adultos y requiere servicios selectivos. No obstante, un sistema nacional de salud que provea servicios orientados a los adolescentes, eficaces y que funcionen bien sigue siendo la excepción y no la regla. Menos de una tercera parte de los países de ingresos bajos y medianos ha establecido una entidad de salud mental para jóvenes y la mayoría carece de políticas de salud mental orientadas a los adolescentes<sup>48</sup>. Cuando existen, con frecuencia no cumplen las normas de calidad e incluso pueden ser perjudiciales para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Estos pueden ser detenidos durante períodos prolongados en condiciones de hacinamiento en establecimientos de internamiento en los que se asigna escasa importancia a la rehabilitación o la integración social<sup>49</sup>. Estos enfoques infringen los derechos humanos de los adolescentes y empeoran, en lugar de mejorar, las condiciones de salud mental.

73. Las actitudes públicas y autoestigmatizadoras hacia las enfermedades mentales, las preocupaciones acerca de la confidencialidad y la falta de comprensión general funcionan como obstáculos para la obtención de ayuda, en particular por los adolescentes, problema que se ve agravado por la falta de servicios de salud mental de calidad en los países de ingresos bajos y medianos<sup>50</sup>. Para los adolescentes, la actitud de los proveedores de servicios es más importante que sus conocimientos técnicos. Los adolescentes que buscan servicios muchas veces reciben respuestas negativas u hostiles de los proveedores de atención de la salud, lo cual aumenta su renuencia a recurrir a ayuda. En muchos países los médicos siguen considerando la atracción por personas del mismo sexo un trastorno mental<sup>51</sup>. Los adolescentes que son lesbianas, gais o bisexuales pueden ser objeto de intervenciones terapéuticas nocivas destinadas a eliminar o reprimir sus instintos sexuales. Se ha considerado que esas terapias son contrarias a la ética, carentes de rigor científico, ineficaces y, en algunos casos, equivalentes a tortura<sup>52</sup>.

## B. Promoción de servicios de salud mental eficaces

74. La prevención de los problemas de salud mental y la promoción del bienestar mental en la adolescencia deberían ser un elemento central de las políticas nacionales de salud. Los planes de acción deberían incluir programas de intervenciones basadas en pruebas, bien financiadas y supervisadas, y encaminadas a fortalecer los factores de protección entre los adolescentes y en sus familias y comunidades.

75. Por consiguiente, la atención debería centrarse en crear resiliencia, apoyar a los padres, estimular conductas adecuadas de búsqueda de ayuda, crear grupos de pares y entornos escolares positivos, garantizar oportunidades para ejercer influencia y adoptar

<sup>47</sup> OMS, *Salud para los adolescentes del mundo*.

<sup>48</sup> Naciones Unidas, *Mental Health Matters*.

<sup>49</sup> Vikram Patel y otros, "Mental health of young people: a global public-health challenge", *The Lancet*, vol. 369, núm. 9569 (2007), págs. 1302 a 1313.

<sup>50</sup> Amelia Gulliver, Kathleen Griffiths y Helen Christensen, "Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review", *BMC Psychiatry*, vol. 10, núm. 1 (2010), pág. 113.

<sup>51</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), *Being LGBT in Asia: China country report y Being LGBT in Asia: Cambodia country report*.

<sup>52</sup> A/HRC/29/23.



decisiones, y aumentar el empoderamiento y la alfabetización emocional. Además, esos programas también pueden abordar los comportamientos de riesgo, como el acoso, el comportamiento suicida, la violencia doméstica y el uso de sustancias.

76. Los modelos basados en el uso excesivo de medicamentos y el internamiento deberían abandonarse y sustituirse con intervenciones tempranas y respuestas multisectoriales integrales basadas en la comunidad. Deben elaborarse políticas sobre la salud de los adolescentes con la participación de profesionales de los sectores de la salud, la educación y el bienestar social, que puedan proporcionar una red flexible de servicios, que incluya a las escuelas y servicios comunitarios de atención de la salud mental diurnos y para pacientes ambulatorios, fundados en el modelo biopsicosocial basado en pruebas<sup>53</sup>.

77. Las intervenciones psicosociales y de salud pública eficaces en función de los costos, incluidos la protección social, la psicoeducación, la preparación individual, el asesoramiento, y la psicoterapia, así como la capacitación de los padres, deberían estar disponibles y ser accesibles para todos los adolescentes necesitados y sus familias. Estos enfoques tienen por objeto mejorar el comportamiento, el desarrollo integral y la preparación específica para la vida, y reducir la necesidad de medicamentos<sup>54</sup>. Los medicamentos y los servicios hospitalarios pueden ser necesarios como parte de los planes de tratamiento en casos complejos de trastornos mentales, pero estas modalidades de tratamiento deberían utilizarse con prudencia. Las escuelas están en condiciones de promover el bienestar emocional y la salud mental, y de prevenir los problemas de salud mental, por ejemplo, mediante clases de alfabetización sobre la salud mental<sup>55</sup>.

78. Las intervenciones psicosociales no son un lujo; por el contrario, cuando se utilizan de forma ética y coherente con los derechos de los adolescentes y se basan en pruebas, son intervenciones fundamentales. De hecho, la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución 65.4, ha señalado las pruebas crecientes de la eficiencia y la relación costo-eficacia de estos enfoques para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los adolescentes. Además, el Comité de los Derechos del Niño ha alentado firmemente a los Estados a adoptar y ampliar esas intervenciones, en consonancia con sus obligaciones de promover el derecho de los adolescentes a la salud<sup>56</sup>.

79. Los Estados deberían invertir en programas para impugnar las creencias obsoletas y las actitudes negativas sobre las enfermedades mentales mediante la difusión de información. Debería consultarse a los adolescentes de diferentes edades y que representan diferentes perspectivas durante la concepción, elaboración, aplicación y vigilancia de los servicios de salud mental. Deben realizarse inversiones para hacer frente a la discriminación de género en la salud mental y llegar a las comunidades marginadas, que son desproporcionadamente vulnerables a los problemas de salud mental y experimentan mayores obstáculos para acceder a los servicios.

80. El derecho a la salud mental debe estar respaldado por marcos jurídicos plenamente conformes con las normas de derechos humanos, que exigen el respeto de las capacidades en evolución de los adolescentes con discapacidad y su integridad física. Los adolescentes con discapacidad son vulnerables al descuido, el maltrato psicológico y físico, la violencia sexual y la esterilización o anticoncepción forzada o la anticoncepción mientras están internados en centros de atención de salud mental.

<sup>53</sup> G. Thornicroft y M. Tansella, "The balanced care model for global mental health", *Psychological Medicine*, vol. 43, núm. 4 (2013), págs. 849 a 863.

<sup>54</sup> Peter Fonagy y otros, *What Works for Whom?: A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents* (2014).

<sup>55</sup> *A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems: final report* (2015).

<sup>56</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15.

81. En consecuencia, todas las instituciones deberían adoptar y publicar los principios y normas de atención y establecer mecanismos de denuncia y sistemas de reparación eficaces y seguros, en consonancia con las normas internacionales<sup>57</sup>. Deberían ponerse en práctica mecanismos de vigilancia para garantizar que puedan denunciarse las infracciones de los derechos de los adolescentes en los centros de atención de salud mental y solicitarse reparación.

82. La vulnerabilidad del creciente número de adolescentes en los campamentos de refugiados o que solicitan asilo es preocupante. Se recuerda a los Estados sus obligaciones internacionales amplias de proteger a los refugiados<sup>58</sup> y garantizar la asistencia necesaria para el disfrute de sus derechos, incluido el derecho a la salud mental óptima y al bienestar.

## **V. Derechos de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva**

### **A. Naturaleza de y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y problemas conexos**

83. Un desarrollo sexual sano requiere no solo la madurez física, sino una comprensión de los comportamientos sexuales saludables y un sentido positivo de bienestar sexual. La iniciación sexual puede ser un aspecto natural y saludable de la adolescencia, y los adolescentes tienen derecho a contar con instrumentos e información para mantener relaciones sexuales en condiciones de seguridad. La actividad sexual entre adolescentes está generalizada, si bien las tasas varían considerablemente. Sin embargo, los adolescentes de todo el mundo hacen frente a importantes obstáculos y discriminación para acceder a la información, los servicios y los bienes necesarios para proteger su salud sexual y reproductiva, con las consiguientes violaciones de su derecho a la salud.

84. Muchos adolescentes, en particular las niñas y las personas que se identifican como lesbianas, gais, bisexuales o transexuales, desisten de acudir a los profesionales de la salud por temor a una actitud crítica debida a las normas sociales o las leyes que estigmatizan o penalizan su comportamiento sexual. Para muchos adolescentes los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están aún más comprometidos por la violencia, incluida la violencia sexual e institucional, la coacción para tener relaciones sexuales no deseadas o contraer matrimonio, y las prácticas y los valores patriarcales y heteronormativos. Esto refuerza los estereotipos de género nocivos y las relaciones de poder desiguales que hacen difícil para muchas adolescentes negarse a tener relaciones sexuales o insistir en prácticas sexuales seguras y responsables.

85. Debería hacerse hincapié en la vulnerabilidad de los niños a los abusos físicos y sexuales y la explotación, junto con los importantes obstáculos que enfrentan para acceder a información y servicios sobre salud sexual y reproductiva. Los adolescentes intersexuales a menudo experimentan problemas particulares debidos a operaciones quirúrgicas irreversibles y no consensuadas realizadas durante la primera infancia y al desarrollo natural de sus órganos<sup>59</sup>. La discriminación en el seno de la familia y la sociedad y las actitudes discriminatorias por parte de los proveedores de servicios de salud pueden dar lugar a la denegación del acceso a los servicios de salud, mientras que la falta de

---

<sup>57</sup> Véase [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/64/142&Lang=S](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/142&Lang=S).

<sup>58</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, art. 22.

<sup>59</sup> A/70/213.

conocimientos y conciencia en la profesión médica dificulta aún más el acceso a una atención de calidad<sup>60</sup>.

86. Los adolescentes con discapacidad muchas veces son objeto de tratamiento médico forzado, incluida la esterilización, el aborto y la anticoncepción, lo que puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante<sup>61</sup>. En particular, las niñas con discapacidad experimentan niveles alarmantemente desproporcionados de violencia física y sexual, y a menudo no cuentan con medios de reparación o de acceso a la justicia<sup>62</sup>. Muchos proveedores de atención de la salud tienen opiniones inexactas y estereotipadas sobre las personas con discapacidad, incluido el supuesto de que son asexuales, lo cual les sirve para denegarles el acceso a información, servicios y bienes sobre salud sexual y reproductiva, así como a una educación sexual integral<sup>63</sup>.

87. El sida es la segunda causa más común de muerte de adolescentes a nivel mundial<sup>64</sup>. En todo el mundo, los adolescentes de los principales grupos de población, incluidos los varones gays y bisexuales, los adolescentes transexuales, los adolescentes que intercambian sexo por dinero, bienes o servicios, y los adolescentes que consumen drogas por inyección, también corren un mayor riesgo de infección por el VIH. Las niñas adolescentes en países que tienen una alta prevalencia del VIH son particularmente vulnerables y en 2013 representaron el 75% de las nuevas infecciones en África<sup>65</sup>; se ha determinado que los impulsores de la epidemia son la desigualdad de género, las prácticas tradicionales nocivas y las leyes punitivas sobre la edad mínima de libre consentimiento<sup>66</sup>. Estos sectores y grupos se enfrentan con un riesgo desproporcionadamente elevado de ser objeto de estigma, discriminación, violencia, rechazo por las familias, penalización y otras infracciones de los derechos humanos cuando tratan de obtener servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la denegación del acceso a los servicios de atención de la salud, como pruebas de detección, asesoramiento y tratamiento del VIH.

88. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva son, por tanto, de importancia fundamental. La salud sexual se define como un “estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente con la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades”<sup>67</sup>. El artículo 24 2) f) de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 12 2) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer reconocen el derecho a la educación sobre planificación de la familia y a los servicios correspondientes, en particular de los adolescentes, sin discriminación por motivo alguno<sup>68</sup>. Sin embargo, los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas plantean sistemáticamente las preocupaciones relativas al suministro de información, servicios y bienes relativos a la salud sexual y reproductiva. También han reafirmado categóricamente que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes supone una amplia gama de derechos humanos, incluidas la no discriminación, la libertad de la tortura o los malos tratos, la intimidad y la educación<sup>69</sup>.

<sup>60</sup> A/HRC/32/44.

<sup>61</sup> A/HRC/22/53.

<sup>62</sup> A/66/230.

<sup>63</sup> Handicap International y Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities* (2011), pág. 13.

<sup>64</sup> OMS, *Salud para los adolescentes del mundo*.

<sup>65</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Unión Africana, *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the End of the AIDS Epidemic in Africa* (2015).

<sup>66</sup> E/CN.4/2005/72.

<sup>67</sup> Paul Hunt y Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (2006).

<sup>68</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15.

<sup>69</sup> *KL v. Peru*, CCPR/C/DJI/CO/1 y CAT/C/PER/CO/4.

## B. Prestación efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

89. Habida cuenta de la magnitud de estas preocupaciones, la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, es bienvenida. Para alcanzar esta meta, los Estados tendrán que adoptar una política integral de salud sexual y reproductiva no discriminatoria y que tenga en cuenta las cuestiones de género, para todos los adolescentes, e integrarla en las estrategias y los programas nacionales<sup>70</sup>.

90. Estas políticas deben ser compatibles con las normas de derechos humanos y reconocer que el acceso desigual de los adolescentes constituye discriminación<sup>71</sup>. Debe garantizarse a todos los adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y adaptado a sus necesidades a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, las formas modernas de anticoncepción, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, la atención materna, las infecciones de transmisión sexual, el diagnóstico y el tratamiento, y el aborto en condiciones seguras<sup>72</sup>. Los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes deben ser cordiales, favorables a los adolescentes y no críticos, y garantizar la intimidad y la confidencialidad. Los proveedores de servicios de salud también deberían considerar la posibilidad de establecer horarios de atención especiales y ubicaciones alternativas para los adolescentes, en particular con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva.

91. Además, los Estados deberían adoptar medidas para sensibilizar a los adolescentes sobre sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva y a los servicios y bienes, en la familia, la escuela y la comunidad. La educación sexual inclusiva y apropiada para la edad, y basada en pruebas científicas y los derechos humanos debería formar parte del plan de estudios obligatorio, prestando atención especial a las relaciones, la sexualidad, la igualdad e identidad de género y las características sexuales, incluidas identidades de género no conformes, la paternidad y el comportamiento sexual responsables, y la prevención de los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual<sup>73</sup>.

92. Se alienta firmemente a los Estados a que despenalicen el aborto, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, y adopten medidas para garantizar el acceso a servicios de aborto legales y sin riesgo. Las leyes penales relativas al aborto producen numerosas muertes, resultados deficientes en materia de salud mental y física, y la violación de la dignidad, y constituyen infracciones de las obligaciones de los Estados de garantizar el derecho de las niñas adolescentes a la salud<sup>74</sup>. Además, la información sobre el aborto y el acceso a los servicios correspondientes deben estar disponibles, y ser accesibles, de buena calidad y no discriminatorios, al menos en las siguientes circunstancias: cuando la vida o la salud de la madre están en peligro, cuando la madre es víctima de violación o incesto, y cuando el feto tiene complicaciones graves o fatales. La atención posterior al aborto debe estar disponible y ser accesible para todas las niñas adolescentes, independientemente de la condición jurídica del aborto.

<sup>70</sup> OMS, *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations* (2014).

<sup>71</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.

<sup>72</sup> Comité de los Derechos del Niño, observaciones generales núms. 4 y 15.

<sup>73</sup> Resolución 70/137 de la Asamblea General y UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* (2009).

<sup>74</sup> A/66/254 y A/HRC/32/44.

93. La prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo son aspectos que se complementan entre sí para proveer una respuesta integral y eficaz al VIH/SIDA<sup>75</sup>. Todos los adolescentes deberían tener acceso a servicios de asesoramiento sobre el VIH y a las pruebas de detección correspondientes, así como a programas de prevención y tratamiento del VIH basados en pruebas. Los servicios de salud deberían ofrecer información sobre el VIH; pruebas de detección; servicios de salud sexual y reproductiva; anticonceptivos; preservativos; atención y tratamiento relativo al VIH, incluidos medicamentos antirretrovirales y de otra índole, diagnóstico y otras técnicas conexas para el tratamiento del VIH/SIDA, las infecciones oportunistas conexas y otras dolencias; una buena alimentación; y apoyo social, espiritual y psicológico, así como asistencia familiar, comunitaria y en el hogar.

94. El Relator Especial lamenta la imposición de tratamientos para tratar de cambiar la orientación sexual y la identidad de género, en particular las cirugías de asignación del sexo forzadas para jóvenes intersexuales, las esterilizaciones y los abortos forzados de niñas con discapacidad, la utilización de cirugía y terapia hormonal para frenar el crecimiento de los niños con discapacidades de desarrollo y eliminar sus órganos reproductivos, y el tratamiento de la identidad transgénero y la atracción entre personas del mismo sexo como trastornos psiquiátricos. Los Estados deberían eliminar esas prácticas y derogar todas las leyes que penalizan o discriminan de otra forma a personas sobre la base de su orientación sexual o identidad y expresión de género<sup>76</sup>. Es necesario reformar y actualizar los sistemas nacionales de información sanitaria para incluir conceptos de derechos humanos y variables como la condición de persona lesbiana, gay, bisexual o intersexual<sup>77</sup>.

## VI. Adolescentes, uso de sustancias y fiscalización de las drogas

### A. Naturaleza del uso de sustancias en la adolescencia y problemas conexos

95. La adolescencia es un período de conductas de riesgo y experimentación, con mayor probabilidad de iniciación en el uso de sustancias. Los adolescentes corren un mayor riesgo de problemas de salud relacionados con las drogas, y el uso de sustancias iniciado en la adolescencia puede llevar a la dependencia con más frecuencia que en la edad adulta. Las sustancias usadas más comúnmente son el alcohol, el tabaco y los solventes. El uso ilícito de drogas, en particular de cannabis, también es común y en los últimos años las nuevas sustancias psicoactivas no reguladas se han convertido en un importante motivo de preocupación<sup>78</sup>.

96. Con excepción de los países de ingresos altos, se cuenta con pocos datos sobre el uso de sustancias por los adolescentes y los problemas de salud conexos. Existen importantes diferencias entre países y dentro de estos, entre adolescentes y sus homólogos de mayor edad, y entre grupos de adolescentes. Por ejemplo, el consumo ocasional o excesivo, especialmente de alcohol, es más común entre los jóvenes<sup>79</sup>. El acceso de los

<sup>75</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño.

<sup>76</sup> Véanse A/HRC/22/53; CRC/C/RUS/CO/4-5; CRC/C/GAM/CO/2-3, párrs. 29 y 30; y CRC/C/CHE/CO/2-4, párrs. 42 y 43.

<sup>77</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), resoluciones CD50.R8 y CD52.R6.

<sup>78</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *World Drug Report 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.15.XI.6).

<sup>79</sup> OMS, *Global status report on alcohol and health 2014*.

adolescentes a los servicios es limitado en comparación con el de los adultos, por ejemplo, el hecho de ser menor de edad puede impedir el acceso de los adolescentes a determinados servicios. Los adolescentes que corren mayor riesgo de sufrir daños relacionados con las drogas son los de la calle, los excluidos de la escuela, los que tienen antecedentes de traumas, desintegración de la familia o abuso, y los que viven en familias afectadas por la farmacodependencia. Las niñas adolescentes corren mayor riesgo de ciertos tipos de daños que los varones, en particular la infección por el VIH debido a la transmisión sexual y a prácticas de inyección peligrosas. Estos factores exigen esfuerzos concertados encaminados a reunir datos debidamente desglosados a fin de comprender mejor las pautas de vulnerabilidad, para que los servicios puedan ser selectivos y debidamente presupuestados.

97. Además del uso de sustancias, la participación de los adolescentes en la producción y el comercio de sustancias tiene importantes consecuencias para la salud física y mental. Hay adolescentes involucrados en todas las etapas de las cadenas de suministro de drogas lícitas e ilícitas. Con respecto a estas últimas, además de realizar trabajos peligrosos, a veces los adolescentes pueden verse expuestos a la delincuencia organizada, la violencia y las operaciones de lucha contra los estupefacientes. Se necesitan más investigaciones sobre las consecuencias para la salud de los adolescentes vinculados con la producción de drogas y la violencia asociada con la delincuencia.

98. Los daños asociados con el uso de drogas y la participación en el comercio de drogas no pueden ser ajenos a las respuestas de los Estados. Las pruebas muestran que las respuestas represivas y punitivas a las drogas no han sido eficaces para reducir la oferta y la demanda<sup>80</sup>, y que han tenido consecuencias negativas, incluidas la violencia y la corrupción<sup>81</sup>. La penalización del consumo y la posesión de drogas, así como los registros de consumidores de drogas y la violencia policial, hacen que los jóvenes no se acerquen a los servicios de salud, produciendo un efecto disuasorio. Los programas de prevención y educación que se centran en la tolerancia cero crean un entorno en que los adolescentes son menos propensos a recabar información sobre los daños relacionados con el uso. Algunos adolescentes han perdido a sus padres debido a la violencia relacionada con las drogas y al encarcelamiento prolongado por delitos no violentos, con consecuencias importantes para su salud mental.

## **B. Prestación de servicios adecuados para tratar el uso de sustancias por los adolescentes**

99. Los Estados deberían adoptar medidas apropiadas para proteger a los niños del uso ilícito de drogas y de la participación en el comercio ilícito de drogas<sup>82</sup>. Sin embargo, esto debe hacerse en el contexto de las medidas de protección estipuladas en la Convención sobre los Derechos del Niño y otras obligaciones de derechos humanos<sup>83</sup>. Casi todos los Estados tienen obligaciones en virtud de los tres tratados de fiscalización de las drogas de las Naciones Unidas, que deben cumplirse de conformidad con las obligaciones concurrentes de derechos humanos<sup>84</sup>. El Convenio Marco para el Control del Tabaco

<sup>80</sup> Louisa Degenhart y otros, "Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *PLOS Medicine*, vol. 5, núm. 7 (2008); y Comisión Europea, Instituto de Salud Mental y Adicciones de los Países Bajos y Rand Europa, *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007* (2009).

<sup>81</sup> E/CN.7/2008/CRP.17.

<sup>82</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, art. 33.

<sup>83</sup> Damon Barrett y John Tobin, "Article 33: protection of children from narcotic drugs and psychotropic substances", en *A Commentary to the United Nations Convention on the Rights of the Child*, John Tobin y Philip Alston, eds. (Oxford University Press, de próxima publicación).

<sup>84</sup> Véase A/65/255, párr. 13.

contiene disposiciones específicas destinadas a la protección de los niños y los jóvenes, que complementan el derecho a la salud.

100. Los Estados deberían proveer servicios de prevención, reducción de los daños y tratamiento de la dependencia sin discriminación y asignar presupuestos suficientes para la realización progresiva del derecho a la salud. No se trata de estrategias contrapuestas o alternativas, sino de componentes necesarios de un enfoque amplio que permita a los adolescentes buscar los servicios de salud y la información que tienen derecho a recibir. Todos los servicios mencionados deberían cumplir el marco de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

101. Con respecto a la prevención del uso de sustancias, los niños y los jóvenes deberían poder obtener información exacta y objetiva<sup>85</sup>, que debería estar disponible en formatos fáciles de entender o en Braille. El amedrentamiento y la desinformación son notoriamente ineficaces, mientras que la creación de resiliencia y confianza al centrarse en los jóvenes que tienen conductas de riesgo ha demostrado resultados prometedores. La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) ha elaborado directrices sobre normas de prevención de drogas<sup>86</sup> para que se utilicen en la formulación de políticas y programas de prevención.

102. La prevención no puede justificar violaciones desproporcionadas de los derechos de los adolescentes, incluidos sus derechos a la intimidad, la integridad física y la educación. Se alienta a los Estados a que sigan limitando y, cuando sea necesario, prohíban la publicidad del alcohol y el tabaco, que con demasiada frecuencia está dirigida a los jóvenes.

103. El tratamiento de la dependencia de sustancias debe adaptarse a las necesidades específicas de los adolescentes. Estos no deben perder sus derechos de participación en ninguna circunstancia, en particular a causa del uso o dependencia de sustancias. Los adolescentes tienen derecho a ser escuchados cuando expresan opiniones sobre su propia atención de la salud y a dar su consentimiento al tratamiento según la evolución de sus capacidades<sup>87</sup>. El asesoramiento confidencial y la información deben estar disponibles sin que se requiera el consentimiento de los padres. Deben clausurarse todos los centros de internamiento por consumo de drogas en que los adolescentes son detenidos arbitrariamente y sufren abusos extremos.

104. Existe una alarmante falta de servicios de reducción de los daños relacionados con el VIH concebidos para los adolescentes que consumen drogas por inyección, así como múltiples obstáculos para acceder a estos servicios, incluidas las restricciones de edad contenidas en la legislación y la falta de datos en la mayoría de los países sobre el consumo de drogas por inyección entre los niños y jóvenes<sup>88</sup>. Se han elaborado directrices técnicas sobre la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para jóvenes que consumen drogas por inyección<sup>89</sup>, que deberían constituir la base de los esfuerzos de los Estados en este sentido.

105. El creciente debate internacional y las iniciativas de algunos Estados destinadas a buscar alternativas a las políticas de drogas punitivas o represivas, incluida la despenalización y la reglamentación jurídica, son bienvenidos.

<sup>85</sup> Véanse CRC/C/GUY/CO/2-4, párr. 50 d); CRC/C/ALB/CO/2-4, párr. 64 b); CRC/C/ROM/CO/4, párr. 71; CRC/C/SWE/CO/4, párr. 49 a); y CRC/C/BGR/CO/2, párr. 50.

<sup>86</sup> <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

<sup>87</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15.

<sup>88</sup> Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2012*, pág. 140.

<sup>89</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO\\_HIV\\_2015.10\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf?ua=1).

## VII. Conclusiones y recomendaciones

106. Abordar el derecho de los adolescentes a la salud tiene un potencial enorme para capitalizar las inversiones positivas en la primera infancia y al mismo tiempo proporciona la oportunidad para mitigar el impacto de las primeras experiencias negativas y crea resiliencia para disminuir los daños futuros.

107. En sus políticas relativas a la salud y otras destinadas a la inversión en los adolescentes, los Estados deberían guiarse por el principio de que la adolescencia es un período de desarrollo hacia el aumento de la capacidad para la adopción independiente de decisiones. Debe protegerse a los adolescentes de la violencia, la explotación y otras adversidades, pero la naturaleza de esta protección y su aplicación deben tener en cuenta las nuevas competencias y la evolución de las capacidades adquiridas durante la adolescencia.

108. Los Estados deberían empoderar a los adolescentes respetando sus derechos y autonomía, reconociendo sus capacidades e invirtiendo en su salud y resiliencia. Todas las iniciativas destinadas a abordar la salud física, mental y sexual de los adolescentes deberían aplicarse de conformidad con las obligaciones internacionales de derechos humanos, teniendo en cuenta las opiniones de los adolescentes y adoptando enfoques basados en pruebas.

109. Las políticas y los servicios de apoyo a las familias son una parte muy importante de los esfuerzos de los Estados encaminados a garantizar que los adolescentes prosperen y crezcan para convertirse en adultos saludables y responsables. Estas políticas deberían respetar y proteger los derechos humanos de todos los miembros de la familia y excluir las medidas que socavan los derechos de los miembros de la familia, incluidos los adolescentes.

110. El Relator Especial desea vincular sus recomendaciones con el llamamiento mundial a duplicar la inversión en la adolescencia como un importante requisito para ejecutar con éxito la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

111. A este respecto, el Relator Especial recomienda que los gobiernos:

a) Cumplan su obligación fundamental de reconocer a los adolescentes como titulares de derechos respetando la evolución de sus capacidades y su derecho a participar en la elaboración, ejecución y evaluación de todas las políticas y servicios que afectan a su salud y bienestar;

b) Eliminen todos los obstáculos jurídicos al acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, como las leyes sobre el consentimiento que infringen indebidamente los derechos de los adolescentes a ser escuchados y tomados en serio y, en última instancia, su derecho a tomar decisiones autónomas;

c) Garanticen la reunión oportuna de datos de calidad debidamente desglosados para que sirvan de base a las políticas públicas, y muestren las condiciones reales y las necesidades de los adolescentes;

d) Adopten un marco de derechos humanos para la salud de los adolescentes, velando por que los planes y estrategias de salud den prioridad a un enfoque holístico que aborde los determinantes básicos y sociales, y equilibrando la prestación de servicios curativos con inversiones en la resiliencia y la autonomía de los adolescentes;

e) Garanticen que los sistemas de salud respondan a todo el espectro de las necesidades psicosociales y de salud de los adolescentes, y aseguren un enfoque



integrado y transversal entre los sectores social, de protección de la infancia y de la educación;

f) **Garanticen que los servicios de salud se presten respetando el derecho de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad, aborden sus diferentes necesidades y expectativas culturales, y cumplan normas éticas;**

g) **Velen por que los proveedores de atención de la salud y de otros servicios para adolescentes, incluidos los trabajadores sociales y los educadores, no obstaculicen el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud abordando las actitudes y los comportamientos discriminatorios y estigmatizantes mediante campañas de información y sensibilización;**

h) **Aseguren el acceso gratuito de los adolescentes a un conjunto básico de servicios de salud, incluidos servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva, y eliminen los obstáculos prácticos que presentan el cobro de tarifas a los usuarios con miras a la elaboración de una canasta básica de servicios para adolescentes como parte de sus compromisos de cobertura sanitaria universal;**

i) **Protejan a los adolescentes de la injerencia y los daños por actores no estatales y terceros, como los proveedores de servicios privados, garantizando que no comprometan la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención de la salud y otros servicios, establecimientos y bienes pertinentes para adolescentes;**

j) **Protejan a los adolescentes de la violencia y el descuido, en particular en entornos familiares, entre otras cosas defendiendo su derecho a servicios y asesoramiento confidenciales sin requerir el consentimiento de los padres;**

k) **Adopten las medidas necesarias destinadas a apoyar a las familias, en particular mediante capacitación y servicios, para aumentar la capacidad de los padres de criar a los niños y adolescentes en forma competente y con confianza, y fortalezcan las competencias para gestionar las situaciones de forma no violenta;**

l) **Apoyen a las instituciones nacionales de derechos humanos para que lleven a cabo evaluaciones nacionales o investigaciones públicas sobre el derecho de los adolescentes a la salud.**

112. **Respecto de la salud mental, el Relator Especial recomienda a los gobiernos que:**

a) **De conformidad con la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, formulen y apliquen una política de salud mental que permita el desarrollo de una gama de servicios de prevención y curativos, en consulta con los adolescentes, y tenga en cuenta sus derechos y necesidades;**

b) **Establezcan un sistema de servicios de salud mental para los adolescentes que se integre en la infraestructura comunitaria de los sectores de la salud, la educación y el bienestar social;**

c) **Elaboren y ejecuten intervenciones psicosociales adaptadas a las necesidades de los adolescentes a nivel comunitario de manera ética y en consonancia con los derechos de los adolescentes y sobre la base de las pruebas disponibles, a fin de que estos servicios sean accesibles y aceptables y se evite el internamiento y el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos;**

d) **Aseguren la vigilancia independiente de los centros de salud mental que prestan servicios a los adolescentes con problemas de salud mental, incluida la**

discapacidad psicosocial e intelectual, para que las normas establecidas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se apliquen progresivamente.

113. Respecto de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, el Relator Especial recomienda a los gobiernos que:

a) De conformidad con la meta 5.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adopten o integren una política amplia de salud sexual y reproductiva para todos los adolescentes en los programas y estrategias nacionales a fin de garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a servicios de atención;

b) Despenalicen el aborto y garanticen a todos los adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y que responda a las necesidades de los adolescentes a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, la atención materna, las infecciones de transmisión sexual, el diagnóstico y el tratamiento, así como las formas modernas de anticoncepción, incluidos anticonceptivos de emergencia, y servicios de aborto en condiciones seguras y posteriores al aborto;

c) Velen por que los servicios de salud sexual y reproductiva sean cordiales, favorables a los adolescentes y no críticos, y garanticen la intimidad y la confidencialidad;

d) Garanticen que se imparta educación sexual integral, inclusiva y apropiada para la edad, basada en pruebas científicas y los derechos humanos, como parte del plan de estudios escolar;

e) Deroguen las leyes que penalizan o discriminan contra las personas en razón de su orientación sexual o identidad de género, y pongan fin a las prácticas y los tratamientos destinados a cambiar la orientación sexual y la identidad de género.

114. Respecto del uso de sustancias y la fiscalización de las drogas, el Relator Especial recomienda a los gobiernos que:

a) Clausuren sin demora todos los centros de internamiento de adolescentes por consumo de drogas, garanticen los servicios de prevención, reducción de los daños y tratamiento de la dependencia, sin discriminación, y asignen presupuestos suficientes para la realización progresiva del derecho a la salud;

b) Busquen alternativas a las políticas punitivas o represivas de fiscalización de las drogas, incluida la despenalización y la reglamentación y el control jurídicos, y fomenten el debate internacional sobre estas cuestiones, manteniendo el derecho a la salud como elemento central;

c) Utilicen el marco del derecho a la salud para aplicar estrategias destinadas a prevenir el uso de drogas por los adolescentes mediante intervenciones basadas en pruebas y programas educativos y campañas de información precisas y objetivas.