



# Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de las Naciones Unidas



NACIONES UNIDAS  
**DERECHOS HUMANOS**  
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO

Colombia





Oficina del Alto Comisionado  
de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos  
en Colombia (958-8558)

Estándares Internacionales  
sobre el Derecho a la Salud  
en el Sistema de Naciones Unidas

ISBN: 9978-958-8558-24-0

ISBN: 978-958-8558-25-7







**Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**

Correo electrónico: onu-ddhh@hchr.org.co  
Página web: www.hchr.org.co  
twitter: @ONUHumanRights

Representante en Colombia

**Todd Howland**

**Unidad de Promoción y Participación**

Coordinadora  
**Andrea Echazú**

Compiladora  
**Ana María Díaz**

Edición general  
**Andrea Echazú**  
**Ana María Díaz**  
**Édgar Hernán Castañeda**

Dibujos  
**Niñas y niños participantes en el concurso de dibujo sobre derechos humanos, Antioquia, 2006**

Primera edición, Bogotá, D.C., enero de 2015

Diseño y diagramación:  
**Haiku**

*El contenido de este material se puede reproducir sin necesidad de obtener permiso, siempre que se cite la fuente y que se envíe una copia de la publicación a la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.*

*El texto de esta publicación se encuentra electrónicamente en la página [www.hchr.org.co](http://www.hchr.org.co)*



# **ESTÁNDARES INTERNACIONALES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>Presentación</b>	<b>11</b>
I. El contenido general del derecho a la salud	16
1. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	
2. Protocolo PIDESC	
3. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)	
4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 15 (2002), El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)	
5. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Colombia	
II. Los derechos de las personas con discapacidad	80
1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	
2. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general Nº 1 (2014), Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley	
III. El derecho a la salud de las niñas y los niños	122
1. Convención sobre los Derechos del Niño	
2. Comité de los Derechos del Niño, Observación General Nº 3 (2003), el VIH/SIDA y los derechos del niño	
3. Comité de los Derechos del Niño, Observación General Nº 4 (2003), la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño	
4. Comité de los Derechos del Niño, Observación General Nº 9 (2006), los derechos de los niños con discapacidad	
5. Comité de los Derechos del Niño, Observación general Nº 15 (2013), sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)	
IV. El derecho a la salud de las mujeres	218
1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	
2. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Nº 14 (1990), Circuncisión femenina	
3. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Nº	

- 15 (1990), necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
4. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24 (1999), Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - la mujer y la salud
- V. La Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental 242
1. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento E/CN.4/2004/49 del 16 de febrero de 2004 (relación existente entre el derecho a la salud y la reducción de la pobreza)
  2. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento A/59/422 del 8 de octubre de 2004 (servicios de salud respecto de los pueblos indígenas)
  3. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento A/60/348 del 12 de septiembre de 2005 (condiciones que determinan la salud)
  4. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento E/CN.4/2006/48 del 3 de marzo de 2006 (enfoque de los indicadores de salud)
  5. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento A/62/214 del 8 de agosto de 2007 (factores subyacentes determinantes de la salud como el agua, el saneamiento, la alimentación, la vivienda y la no discriminación)
  6. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, documento A/HRC/7/11 del 31 de enero de 2008, (sistema de salud)
  7. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, documento A/67/302 del 13 de agosto de 2012 (financiación de la salud)

## **PRESENTACIÓN**

La Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos desarrolla sus funciones en el marco del Acuerdo suscrito en Ginebra (Suiza), el 29 de noviembre de 1996, por el Gobierno colombiano y la Organización de las Naciones Unidas. El mandato de la Oficina consiste en observar la situación de derechos humanos y derecho internacional humanitario, así como en asesorar a las autoridades colombianas y a la sociedad civil para la promoción y protección de los derechos humanos en el país.

En el marco de sus funciones, la Oficina ha preparado esta compilación de instrumentos del sistema de la Organización de las Naciones Unidas, cuyo contenido es pertinente para la promoción y protección del derecho a la salud. Es importante destacar que, los tratados internacionales de derechos humanos, ratificados por Colombia, tienen aplicación directa en el orden interno y la misma jerarquía que la Constitución Política, en virtud del concepto de bloque de constitucionalidad, establecido en el artículo 93 de la Constitución y desarrollado por la Corte Constitucional.

La compilación se ha estructurado de la siguiente manera:

La primera sección, contiene el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este tratado, en su artículo 12, define el contenido esencial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Además del texto del tratado se incluyen, en esta sección, las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relacionadas con el derecho a la salud.

En el año 2010, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se pronunció sobre la aplicación del Pacto mencionado, por parte del Estado colombiano. Varias de las recomendaciones del Comité a Colombia, se centraron en el derecho a la salud. Por estas razones, el texto de las recomendaciones se incluye en la primera sección del documento.

El Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fue adoptado por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 2008 y entró en vigor el 5 de mayo de 2013, con la ratificación de 14 países. El Protocolo otorga competencia al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para el conocimiento de comunicaciones de individuos o grupos que consideren ser víctimas de violaciones de cualquiera de los derechos reconocidos en el Pacto. Este instrumento, todavía no ha sido suscrito por el Estado colombiano y, por consiguiente, no es obligatorio para el país. Sin embargo, la Oficina considera importante divulgar su contenido, para un mejor entendimiento de su importancia y para alentar al Estado a ratificarlo sin dilaciones.

La segunda sección de esta publicación contiene la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Incluye además, la Observación General del comité de control de esta convención relativa a la igualdad ante la ley de las personas con discapacidad.

En la tercera sección, se han incluido la Convención sobre los Derechos del Niño y las observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño, relativas al derecho a la salud de las niñas y los niños. Entre ellas, las que se refieren a los derechos de las niñas y los niños y el VIH/SIDA y al desarrollo de los adolescentes.

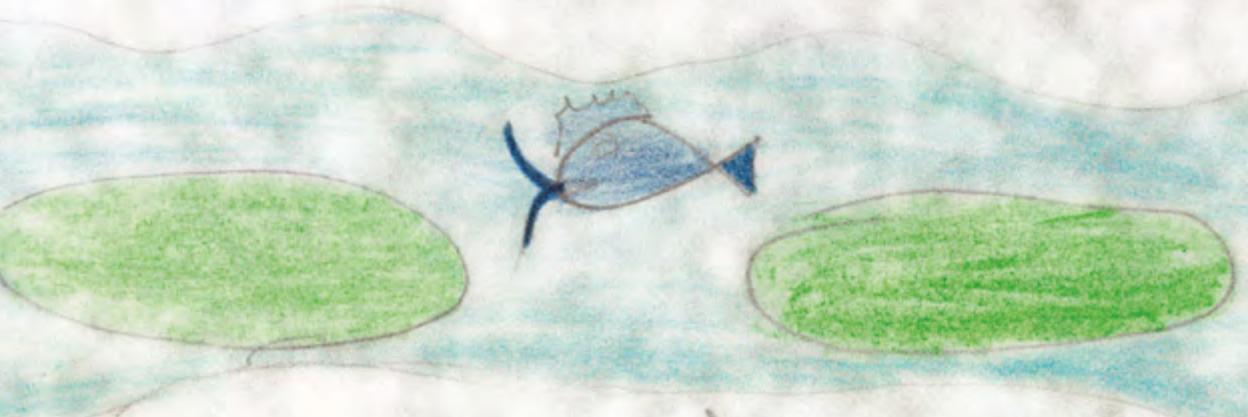
La cuarta sección, aborda el derecho a la salud de las mujeres y contiene Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y las recomendaciones generales del Comité de control de la Convención relacionadas con el tema. Entre ellas, la recomendación general número 24 en la que se reafirma la obligación de los Estados de eliminar la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

La Relatoría Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud

física y mental, ha aportado valiosos elementos para interpretar y dar contenido al derecho a la salud. En sus análisis ha incorporado aspectos como el derecho al agua potable y al saneamiento básico y el derecho a la salud de los pueblos indígenas. En consecuencia, la quinta y última sección de este libro, incluye una selección de informes de la mencionada Relatoría.

La Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, espera que esta publicación se convierta en una guía para el diseño e implementación de políticas públicas y para la toma de decisiones en relación con el derecho a la salud en las diversas entidades del Estado. Asimismo, la Oficina invita a la sociedad civil colombiana a apropiarse de las herramientas aquí recopiladas, para usarlas en el ejercicio del derecho a la participación para la reivindicación del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.







# **PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966

Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

## **PREÁMBULO**

Los Estados partes en el presente Pacto,

Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables,

Reconociendo que estos derechos se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana,

Reconociendo que, con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos,

Considerando que la Carta de las Naciones Unidas impone a los Estados la obligación de promover el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades humanos,

Comprendiendo que el individuo, por tener deberes respecto de otros individuos y de la comunidad a que pertenece, está obligado a procurar la vigencia y observancia de los derechos reconocidos en este Pacto,

Convienen en los artículos siguientes:

# **PARTE I**

## **Artículo 1**

1. Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural.
2. Para el logro de sus fines, todos los pueblos pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin perjuicio de las obligaciones que derivan de la cooperación económica internacional basada en el principio de beneficio recíproco, así como del derecho internacional. En ningún caso podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia.
3. Los Estados Partes en el presente Pacto, incluso los que tienen la responsabilidad de administrar territorios no autónomos y territorios en fideicomiso, promoverán el ejercicio del derecho de libre determinación, y respetarán este derecho de conformidad con las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas.

# **PARTE II**

## **Artículo 2**

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.
2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.

## **Artículo 3**

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.

## **Artículo 4**

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, en ejercicio de los derechos garantizados conforme al presente Pacto por el Estado, éste podrá someter tales derechos únicamente a limitaciones determinadas por ley, sólo en la medida compatible con la naturaleza de esos derechos y con el exclusivo objeto de promover el bienestar general en una sociedad democrática.

## **Artículo 5**

1. Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de reconocer derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos o libertades reconocidos en el Pacto, o a su limitación en medida mayor que la prevista en él.
2. No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a prettexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.

# **PARTE III**

## **Artículo 6**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho.
2. Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico-profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana.

## **Artículo 7**

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial:

- a) Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores:
  - i) Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; en particular, debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres, con salario igual por trabajo igual;
  - ii) Condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto;
- b) La seguridad y la higiene en el trabajo;
- c) Igual oportunidad para todos de ser promovidos, dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad;
- d) El descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las variaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos.

## **Artículo 8**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar:
  - a) El derecho de toda persona a fundar sindicatos y a afiliarse al de su elección, con sujeción únicamente a los estatutos de la organización correspondiente, para promover y proteger

sus intereses económicos y sociales. No podrán imponerse otras restricciones al ejercicio de este derecho que las que prescriba la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática en interés de la seguridad nacional o del orden público, o para la protección de los derechos y libertades ajenos;

- b) El derecho de los sindicatos a formar federaciones o confederaciones nacionales y el de éstas a fundar organizaciones sindicales internacionales o a afiliarse a las mismas;
  - c) El derecho de los sindicatos a funcionar sin obstáculos y sin otras limitaciones que las que prescriba la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática en interés de la seguridad nacional o del orden público, o para la protección de los derechos y libertades ajenos;
  - d) El derecho de huelga, ejercido de conformidad con las leyes de cada país.
2. El presente artículo no impedirá someter a restricciones legales el ejercicio de tales derechos por los miembros de las fuerzas armadas, de la policía o de la administración del Estado.
  3. Nada de lo dispuesto en este artículo autorizará a los Estados Partes en el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo de 1948 relativo a la libertad sindical y a la protección del derecho de sindicación a adoptar medidas legislativas que menoscaben las garantías previstas en dicho Convenio o a aplicar la ley en forma que menoscabe dichas garantías.

## **Artículo 9**

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

## **Artículo 10**

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.
2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.
3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.

## **Artículo 11**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.
2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la coope-

ración internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:

- a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;
- b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.

## **Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

## **Artículo 13**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz.
2. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio de este derecho:
  - a) La enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente;
  - b) La enseñanza secundaria, en sus diferentes formas, incluso la enseñanza secundaria técnica y profesional, debe ser generalizada y hacerse accesible a todos, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
  - c) La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
  - d) Debe fomentarse o intensificarse, en la medida de lo posible, la educación fundamental para aquellas personas que no hayan recibido o terminado el ciclo completo de instrucción primaria;
  - e) Se debe proseguir activamente el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos de la

enseñanza, implantar un sistema adecuado de becas, y mejorar continuamente las condiciones materiales del cuerpo docente.

3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, de escoger para sus hijos o pupilos escuelas distintas de las creadas por las autoridades públicas, siempre que aquéllas satisfagan las normas mínimas que el Estado prescriba o apruebe en materia de enseñanza, y de hacer que sus hijos o pupilos reciban la educación religiosa o moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.
4. Nada de lo dispuesto en este artículo se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 y de que la educación dada en esas instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

### **Artículo 14**

Todo Estado Parte en el presente Pacto que, en el momento de hacerse parte en él, aún no haya podido instituir en su territorio metropolitano o en otros territorios sometidos a su jurisdicción la obligatoriedad y la gratuitad de la enseñanza primaria, se compromete a elaborar y adoptar, dentro de un plazo de dos años, un plan detallado de acción para la aplicación progresiva, dentro de un número razonable de años fijado en el plan, del principio de la enseñanza obligatoria y gratuita para todos.

### **Artículo 15**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a:
  - a) Participar en la vida cultural;
  - b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones;
  - c) Beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.
2. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Pacto deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia y de la cultura.
3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora.
4. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen los beneficios que derivan del fomento y desarrollo de la cooperación y de las relaciones internacionales en cuestiones científicas y culturales.

## **PARTE IV**

### **Artículo 16**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a presentar, en conformidad con esta parte del Pacto, informes sobre las medidas que hayan adoptado, y los progresos realizados, con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el mismo.
  - a) Todos los informes serán presentados al Secretario General de las Naciones Unidas, quien transmitirá copias al Consejo Económico y Social para que las examine conforme a lo dispuesto en el presente Pacto;

- b) El Secretario General de las Naciones Unidas transmitirá también a los organismos especializados copias de los informes, o de las partes pertinentes de éstos, enviados por los Estados Partes en el presente Pacto que además sean miembros de estos organismos especializados, en la medida en que tales informes o partes de ellos tengan relación con materias que sean de la competencia de dichos organismos conforme a sus instrumentos constitutivos.

## **Artículo 17**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto presentarán sus informes por etapas, con arreglo al programa que establecerá el Consejo Económico y Social en el plazo de un año desde la entrada en vigor del presente Pacto, previa consulta con los Estados Partes y con los organismos especializados interesados.
2. Los informes podrán señalar las circunstancias y dificultades que afecten el grado de cumplimiento de las obligaciones previstas en este Pacto.
3. Cuando la información pertinente hubiera sido ya proporcionada a las Naciones Unidas o a algún organismo especializado por un Estado Parte, no será necesario repetir dicha información, sino que bastará hacer referencia concreta a la misma.

## **Artículo 18**

En virtud de las atribuciones que la Carta de las Naciones Unidas le confiere en materia de derechos humanos y libertades fundamentales, el Consejo Económico y Social podrá concluir acuerdos con los organismos especializados sobre la presentación por tales organismos de informes relativos al cumplimiento de las disposiciones de este Pacto que corresponden a su campo de actividades. Estos informes podrán contener detalles sobre las decisiones y recomendaciones que en relación con ese cumplimiento hayan aprobado los órganos competentes de dichos organismos.

## **Artículo 19**

El Consejo Económico y Social podrá transmitir a la Comisión de Derechos Humanos, para su estudio y recomendación de carácter general, o para información, según proceda, los informes sobre derechos humanos que presenten a los Estados conforme a los artículos 16 y 17, y los informes relativos a los derechos humanos que presenten los organismos especializados conforme al artículo 18.

## **Artículo 20**

Los Estados Partes en el presente Pacto y los organismos especializados interesados podrán presentar al Consejo Económico y Social observaciones sobre toda recomendación de carácter general hecha en virtud del artículo 19 o toda referencia a tal recomendación general que conste en un informe de la Comisión de Derechos Humanos o en un documento allí mencionado.

## **Artículo 21**

El Consejo Económico y Social podrá presentar de vez en cuando a la Asamblea General informes que contengan recomendaciones de carácter general, así como un resumen de la información recibida de los Estados Partes en el presente Pacto y de los organismos especializados acerca de las medidas adoptadas y los progresos realizados para lograr el respeto general de los derechos reconocidos en el presente Pacto.

## **Artículo 22**

El Consejo Económico y Social podrá señalar a la atención de otros órganos de las Naciones Unidas, sus órganos subsidiarios y los organismos especializados interesados que se ocupen de prestar asistencia técnica, toda cuestión surgida de los informes a que se refiere esta parte del Pacto que pueda

servir para que dichas entidades se pronuncien, cada una dentro de su esfera de competencia, sobre la conveniencia de las medidas internacionales que puedan contribuir a la aplicación efectiva y progresiva del presente Pacto.

### **Artículo 23**

Los Estados Partes en el presente Pacto convienen en que las medidas de orden internacional destinadas a asegurar el respeto de los derechos que se reconocen en el presente Pacto comprenden procedimientos tales como la conclusión de convenciones, la aprobación de recomendaciones, la prestación de asistencia técnica y la celebración de reuniones regionales y técnicas, para efectuar consultas y realizar estudios, organizadas en cooperación con los gobiernos interesados.

### **Artículo 24**

Ninguna disposición del presente Pacto deberá interpretarse en menoscabo de las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas o de las constituciones de los organismos especializados que definen las atribuciones de los diversos órganos de las Naciones Unidas y de los organismos especializados en cuanto a las materias a que se refiere el Pacto.

### **Artículo 25**

Ninguna disposición del presente Pacto deberá interpretarse en menoscabo del derecho inherente de todos los pueblos a disfrutar y utilizar plena y libremente sus riquezas y recursos naturales.

## **PARTE V**

### **Artículo 26**

1. El presente Pacto estará abierto a la firma de todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas o miembros de algún organismo especializado, así como de todo Estado Parte en el Estatuto de la Corte Internacional de Justicia y de cualquier otro Estado invitado por la Asamblea General de las Naciones Unidas a ser parte en el presente Pacto.
2. El presente Pacto está sujeto a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
3. El presente Pacto quedará abierto a la adhesión de cualquiera de los Estados mencionados en el párrafo 1 del presente artículo.
4. La adhesión se efectuará mediante el depósito de un instrumento de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
5. El Secretario General de las Naciones Unidas informará a todos los Estados que hayan firmado el presente Pacto, o se hayan adherido a él, del depósito de cada uno de los instrumentos de ratificación o de adhesión.

### **Artículo 27**

1. El presente Pacto entrará en vigor transcurridos tres meses a partir de la fecha en que haya sido depositado el trigésimo quinto instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
2. Para cada Estado que ratifique el presente Pacto o se adhiera a él después de haber sido depositado el trigésimo quinto instrumento de ratificación o de adhesión, el Pacto entrará en vigor transcurridos tres meses a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

## **Artículo 28**

Las disposiciones del presente Pacto serán aplicables a todas las partes componentes de los Estados federales, sin limitación ni excepción alguna.

## **Artículo 29**

1. Todo Estado Parte en el presente Pacto podrá proponer enmiendas y depositarlas en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes en el presente Pacto, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar las propuestas y someterlas a votación. Si un tercio al menos de los Estados se declara en favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de Estados presentes y votantes en la conferencia se someterá a la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
2. Tales enmiendas entrarán en vigor cuando hayan sido aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptadas por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes en el presente Pacto, de conformidad con sus respectivos procedimientos constitucionales.
3. Cuando tales enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones del presente Pacto y por toda enmienda anterior que hayan aceptado.

## **Artículo 30**

Independientemente de las notificaciones previstas en el párrafo 5 del artículo 26, el Secretario General de las Naciones Unidas comunicará a todos los Estados mencionados en el párrafo 1 del mismo artículo:

1. Las firmas, ratificaciones y adhesiones conformes con lo dispuesto en el artículo 26;
2. La fecha en que entre en vigor el presente Pacto conforme a lo dispuesto en el artículo 27, y la fecha en que entren en vigor las enmiendas a que hace referencia el artículo 29.

## **Artículo 31**

1. El presente Pacto, cuyos textos en chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, será depositado en los archivos de las Naciones Unidas.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas enviará copias certificadas del presente Pacto a todos los Estados mencionados en el artículo 26.

# **PROTOCOLO FACULTATIVO DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

## **PREÁMBULO**

### **Los Estados Partes en el presente Protocolo,**

*Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables,*

*Señalando que la Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica o cualquier otra condición,*

*Recordando que la Declaración Universal de Derechos Humanos y los pactos internacionales de derechos humanos reconocen que no puede realizarse el ideal del ser humano libre y liberado del temor y de la miseria a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona disfrutar de sus derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales,*

*Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales,*

*Recordando que cada uno de los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>3</sup> (en adelante denominado el Pacto) se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto,*

*Considerando que, para asegurar mejor el logro de los propósitos del Pacto y la aplicación de sus disposiciones, sería conveniente facultar al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante denominado el Comité) para desempeñar las funciones previstas en el presente Protocolo,*  
*Han convenido en lo siguiente:*

### **Artículo 1**

#### **Competencia del Comité para recibir y examinar comunicaciones**

1. Todo Estado Parte en el Pacto que se haga Parte en el presente Protocolo reconocerá la competencia del Comité para recibir y examinar comunicaciones conforme a lo dispuesto en el presente Protocolo.
2. El Comité no recibirá ninguna comunicación que concierna a un Estado Parte en el Pacto que no sea parte en el presente Protocolo.

### **Artículo 2**

#### **Comunicaciones**

Las comunicaciones podrán ser presentadas por personas o grupos de personas que se hallen bajo la

jurisdicción de un Estado Parte y que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el Pacto. Para presentar una comunicación en nombre de personas o grupos de personas se requerirá su consentimiento, a menos que el autor pueda justificar que actúa en su nombre sin tal consentimiento.

## Artículo 3

### Admisibilidad

1. El Comité no examinará una comunicación sin antes haberse cerciorado de que se han agotado todos los recursos disponibles en la jurisdicción interna. No se aplicará esta norma cuando la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente.
2. El Comité declarará inadmisible toda comunicación que:
  - a) No se haya presentado en el plazo de un año tras el agotamiento de los recursos internos, salvo en los casos en que el autor pueda demostrar que no fue posible presentarla dentro de ese plazo;
  - b) Se refiera a hechos sucedidos antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos hayan continuado después de esa fecha;
  - c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o haya sido o esté siendo examinada con arreglo a otro procedimiento de examen o arreglo internacional;
  - d) Sea incompatible con las disposiciones del Pacto;
  - e) Sea manifiestamente infundada, no esté suficientemente fundamentada o se base exclusivamente en informes difundidos por los medios de comunicación;
  - f) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación, o
  - g) Sea anónima o no se haya presentado por escrito.

## Artículo 4

### Comunicaciones que no revelen una clara desventaja

De ser necesario, el Comité podrá negarse a considerar una comunicación que no revele que el autor ha estado en situación de clara desventaja, salvo que el Comité entienda que la comunicación plantea una cuestión grave de importancia general.

## Artículo 5

### Medidas provisionales

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de pronunciarse sobre su fondo, en cualquier momento el Comité podrá dirigir al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales que sean necesarias en circunstancias excepcionales a fin de evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación.
2. El hecho de que el Comité ejerza las facultades discretionales que le confiere el párrafo 1 del presente artículo no implica juicio alguno sobre la admisibilidad ni sobre el fondo de la comunicación.

## **Artículo 6**

### **Transmisión de la comunicación**

1. A menos que el Comité considere que una comunicación es inadmisible sin remisión al Estado Parte interesado, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo.
2. En un plazo de seis meses, el Estado Parte receptor presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en que se aclare la cuestión y se indiquen, en su caso, las medidas correctivas que haya adoptado el Estado Parte.

## **Artículo 7**

### **Solución amigable**

1. El Comité pondrá sus buenos oficios a disposición de las partes interesadas con miras a llegar a una solución amigable de la cuestión sobre la base del respeto de las obligaciones establecidas en el Pacto.
2. Todo acuerdo sobre una solución amigable pondrá fin al examen de una comunicación en virtud del presente Protocolo.

## **Artículo 8**

### **Examen de las comunicaciones**

1. El Comité examinará las comunicaciones que reciba en virtud del artículo 2 del presente Protocolo a la luz de toda la documentación que se haya puesto a su disposición, siempre que esa documentación sea transmitida a las partes interesadas.
2. El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del presente Protocolo.
3. Al examinar las comunicaciones recibidas en virtud del presente Protocolo, el Comité podrá consultar, según convenga, la documentación pertinente procedente de otros órganos, organismos especializados, fondos, programas y mecanismos de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales, incluidos los sistemas regionales de derechos humanos, y cualesquiera observaciones y comentarios del Estado Parte interesado.
4. Al examinar las comunicaciones recibidas en virtud del presente Protocolo, el Comité considerará hasta qué punto son razonables las medidas adoptadas por el Estado Parte de conformidad con la parte II del Pacto. Al hacerlo, el Comité tendrá presente que el Estado Parte puede adoptar toda una serie de posibles medidas de política para hacer efectivos los derechos enunciados en el Pacto.

## **Artículo 9**

### **Seguimiento de las observaciones del Comité**

1. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar a las partes interesadas su dictamen sobre la comunicación, junto con sus recomendaciones, si las hubiere.
2. El Estado Parte dará la debida consideración al dictamen del Comité, así como a sus recomendaciones, si las hubiere, y enviará al Comité, en un plazo de seis meses, una respuesta por escrito que incluya información sobre toda medida que haya adoptado a la luz del dictamen y las recomendaciones del Comité.

3. El Comité podrá invitar al Estado Parte a presentar más información sobre cualesquiera medidas que el Estado Parte haya adoptado en respuesta a su dictamen o sus recomendaciones, si las hubiere, incluso, si el Comité lo considera apropiado, en los informes que presente ulteriormente el Estado Parte de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto.

## Artículo 10

### Comunicaciones entre Estados

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo podrá declarar en cualquier momento, en virtud del presente artículo, que reconoce la competencia del Comité para recibir y examinar comunicaciones en las que un Estado Parte alegue que otro Estado Parte no cumple sus obligaciones dimanantes del Pacto. Las comunicaciones presentadas conforme a este artículo sólo se recibirán y examinarán si las presenta un Estado Parte que haya reconocido con respecto a sí mismo la competencia del Comité en una declaración al efecto. El Comité no recibirá ninguna comunicación que se refiera a un Estado Parte que no haya hecho tal declaración. Las comunicaciones que se reciban conforme a este artículo quedarán sujetas al siguiente procedimiento:
  - a) Si un Estado Parte en el presente Protocolo considera que otro Estado Parte no está cumpliendo con sus obligaciones en virtud del Pacto, podrá, mediante comunicación por escrito, señalar el asunto a la atención de ese Estado Parte. El Estado Parte podrá también informar al Comité del asunto. En un plazo de tres meses contado desde la recepción de la comunicación, el Estado receptor ofrecerá al Estado que haya enviado la comunicación una explicación u otra declaración por escrito en la que aclare el asunto y, en la medida de lo posible y pertinente, haga referencia a los procedimientos y recursos internos hechos valer, pendientes o disponibles sobre la materia;
  - b) Si el asunto no se resuelve a satisfacción de ambos Estados Partes interesados dentro de seis meses de recibida la comunicación inicial por el Estado receptor, cualquiera de ellos podrá remitir el asunto al Comité mediante notificación cursada al Comité y al otro Estado;
  - c) El Comité examinará el asunto que se le haya remitido sólo después de haberse cerciorado de que se han hecho valer y se han agotado todos los recursos internos sobre la materia. No se aplicará esta norma cuando la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente;
  - d) Con sujeción a lo dispuesto en el apartado c) del presente párrafo, el Comité pondrá sus buenos oficios a disposición de los Estados Partes interesados con miras a llegar a una solución amigable de la cuestión sobre la base del respeto de las obligaciones establecidas en el Pacto;
  - e) El Comité celebrará sesiones privadas cuando examine las comunicaciones a que se refiere el presente artículo;
  - f) En todo asunto que se le remita de conformidad con el apartado b) del presente párrafo, el Comité podrá pedir a los Estados Partes interesados que se mencionan en el apartado b) que faciliten cualquier otra información pertinente;
  - g) Los Estados Partes interesados que se mencionan en el apartado b) del presente párrafo tendrán derecho a estar representados cuando el asunto sea examinado por el Comité y a hacer declaraciones oralmente y/o por escrito;
  - h) El Comité presentará, a la mayor brevedad posible a partir de la fecha de recepción de la notificación a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, un informe, como se indica a continuación:

- i) Si se llega al tipo de solución previsto en el apartado d) del presente párrafo, el Comité limitará su informe a una breve exposición de los hechos y de la solución a que se haya llegado;
- ii) Si no se llega al tipo de solución previsto en el apartado d), el Comité expondrá en su informe los hechos pertinentes al asunto entre los Estados Partes interesados. Se adjuntarán al informe las declaraciones por escrito y una relación de las declaraciones orales hechas por los Estados Partes interesados. El Comité podrá también transmitir únicamente a los Estados Partes interesados cualesquiera observaciones que considere pertinentes al asunto entre ambos.

En todos los casos, el informe se transmitirá a los Estados Partes interesados.

- 2. Los Estados Partes depositarán la declaración prevista en el párrafo 1 del presente artículo en poder del Secretario General de las Naciones Unidas, quien remitirá copias de la misma a los demás Estados Partes. La declaración podrá retirarse en cualquier momento mediante notificación al Secretario General. Dicho retiro se hará sin perjuicio del examen de asunto alguno que sea objeto de una comunicación ya transmitida en virtud del presente artículo; después de que el Secretario General haya recibido la notificación de retiro de la declaración, no se recibirán nuevas comunicaciones de ningún Estado Parte en virtud del presente artículo, a menos que el Estado Parte interesado haya hecho una nueva declaración.

## **Artículo 11**

### **Procedimiento de investigación**

- 1. Cualquier Estado Parte en el presente Protocolo podrá en cualquier momento declarar que reconoce la competencia del Comité prevista en el presente artículo.
- 2. Si el Comité recibe información fidedigna que da cuenta de violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de cualesquiera de los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el Pacto, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar sus observaciones sobre dicha información.
- 3. El Comité, tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como cualquier otra información fidedigna puesta a su disposición, podrá encargar a uno o más de sus miembros que realice una investigación y presente con carácter urgente un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio.
- 4. La investigación será de carácter confidencial y se solicitará la colaboración del Estado Parte en todas las etapas del procedimiento.
- 5. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas.
- 6. En un plazo de seis meses después de recibir los resultados de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité.
- 7. Cuando hayan concluido las actuaciones relacionadas con una investigación hecha conforme al párrafo 2 del presente artículo, el Comité podrá, tras celebrar consultas con el Estado Parte interesado, tomar la decisión de incluir un resumen de los resultados del procedimiento en su informe anual previsto en el artículo 15 del presente Protocolo.
- 8. Todo Estado Parte que haya hecho una declaración con arreglo al párrafo 1 del presente ar-

tículo podrá retirar dicha declaración en cualquier momento mediante notificación al Secretario General.

## **Artículo 12**

### **Seguimiento del procedimiento de investigación**

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto pormenores de las medidas que haya adoptado en respuesta a una investigación efectuada en virtud del artículo 11 del presente Protocolo.
2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 6 del artículo 11, el Comité podrá, si es necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre las medidas que haya adoptado como resultado de la investigación.

## **Artículo 13**

### **Medidas de protección**

Cada Estado Parte adoptará todas las medidas necesarias para que las personas bajo su jurisdicción no sean sometidas a malos tratos o intimidación de ningún tipo como consecuencia de cualquier comunicación con el Comité de conformidad con el presente Protocolo.

## **Artículo 14**

### **Asistencia y cooperación internacionales**

1. El Comité transmitirá, según estime conveniente y con el consentimiento del Estado Parte interesado, a los organismos especializados, fondos y programas de las Naciones Unidas y otros órganos competentes sus dictámenes o recomendaciones acerca de las comunicaciones e investigaciones en que se indique la necesidad de asesoramiento técnico o de asistencia, junto con las eventuales observaciones y sugerencias del Estado Parte sobre esos dictámenes o recomendaciones.
2. El Comité también podrá señalar a la atención de tales órganos, con el consentimiento del Estado Parte interesado, toda cuestión surgida de las comunicaciones examinadas en virtud del presente Protocolo que pueda ayudarlos a pronunciarse, cada uno dentro de su esfera de competencia, sobre la conveniencia de medidas internacionales para ayudar a los Estados Partes a hacer valer de forma más efectiva los derechos reconocidos en el Pacto.
3. Se establecerá un fondo fiduciario con arreglo a los procedimientos de la Asamblea General en la materia, que será administrado conforme al Reglamento Financiero y Reglamentación Financiera Detallada de las Naciones Unidas, para prestar asistencia especializada y técnica a los Estados Partes, con el consentimiento de los Estados Partes interesados, con miras a promover el ejercicio de los derechos enunciados en el Pacto, contribuyendo así al fomento de la capacidad nacional en materia de derechos económicos, sociales y culturales en el contexto del presente Protocolo.
4. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de la obligación de todo Estado Parte de cumplir con sus obligaciones en virtud del Pacto.

## **Artículo 15**

### **Informe anual**

El Comité incluirá en su informe anual un resumen de sus actividades relacionadas con el presente Protocolo.

## **Artículo 16**

### **Divulgación e información**

Cada Estado Parte se compromete a dar a conocer y divulgar ampliamente el Pacto y el presente Protocolo, así como a facilitar el acceso a información sobre los dictámenes y recomendaciones del Comité, en particular respecto de las cuestiones que guarden relación con tal Estado Parte, y a hacerlo en formatos accesibles a las personas con discapacidad.

## **Artículo 17**

### **Firma, ratificación y adhesión**

1. El presente Protocolo estará abierto a la firma de cualquier Estado que haya firmado el Pacto, lo haya ratificado o se haya adherido a él.
2. El presente Protocolo estará sujeto a ratificación por cualquier Estado que haya ratificado el Pacto o se haya adherido a él. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
3. El presente Protocolo quedará abierto a la adhesión de cualquier Estado que haya ratificado el Pacto o se haya adherido a él.
4. La adhesión se hará efectiva mediante el depósito del instrumento correspondiente en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

## **Artículo 18**

### **Entrada en vigor**

1. El presente Protocolo entrará en vigor tres meses después de la fecha en que haya sido depositado en poder del Secretario General de las Naciones Unidas el décimo instrumento de ratificación o de adhesión.
2. Para cada Estado que ratifique el presente Protocolo o se adhiera a él después del depósito del décimo instrumento de ratificación o adhesión, el Protocolo entrará en vigor tres meses después de la fecha en que tal Estado haya depositado su propio instrumento de ratificación o de adhesión.

## **Artículo 19**

### **Enmiendas**

1. Todo Estado Parte podrá proponer enmiendas al presente Protocolo y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará a los Estados Partes las enmiendas propuestas y les pedirá que le notifiquen si desean que convoque una reunión de los Estados Partes para examinar las propuestas y tomar una decisión al respecto. Si en el plazo de cuatro meses a partir de la fecha de la comunicación al menos un tercio de los Estados Partes se declara en favor de tal reunión, el Secretario General la convocará bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda aprobada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la reunión será sometida por el Secretario General a la aprobación de la Asamblea General y, posteriormente, a la aceptación de todos los Estados Partes.
2. Toda enmienda que haya sido aprobada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día después de que el número de instrumentos de aceptación depositados equivalga a dos tercios del número de Estados Partes en la fecha de aprobación

de la enmienda. A continuación, la enmienda entrará en vigor para cualquier Estado Parte el trigésimo día siguiente al depósito de su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas sólo serán vinculantes para los Estados Partes que las hayan aceptado.

## **Artículo 20**

### **Denuncia**

1. Todo Estado Parte podrá denunciar el presente Protocolo en cualquier momento mediante notificación por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto seis meses después de la fecha en que el Secretario General reciba la notificación.
2. La denuncia se hará sin perjuicio de que se sigan aplicando las disposiciones del presente Protocolo a cualquier comunicación presentada en virtud de los artículos 2 y 10 o de que continúe cualquier procedimiento incoado en virtud del artículo 11 antes de la fecha efectiva de la denuncia.

## **Artículo 21**

### **Notificación del Secretario General**

El Secretario General de las Naciones Unidas notificará a todos los Estados a que se refiere el párrafo 1 del artículo 26 del Pacto los siguientes detalles:

- a) Las firmas, ratificaciones y adhesiones relativas al presente Protocolo;
- b) La fecha de entrada en vigor del presente Protocolo y cualquier enmienda introducida en virtud del artículo 19;
- c) Toda denuncia recibida en virtud del artículo 20.

## **Artículo 22**

### **Idiomas oficiales**

1. El presente Protocolo, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, será depositado en los archivos de las Naciones Unidas.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas enviará copias certificadas del presente Protocolo a todos los Estados a que se refiere el artículo 26 del Pacto.

Resolución 217 A (III).

Resolución 2200 A (XXI), anexo.



Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/C.12/2000/4  
11 de agosto de 2000

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,  
SOCIALES Y CULTURALES

22º período de sesiones  
Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000  
Tema 3 del programa

**CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE  
PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL  
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS  
ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

**OBSERVACIÓN GENERAL N° 14 (2000)**

**El derecho al disfrute del más alto nivel posible  
de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de  
Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley<sup>1</sup>.
2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de

<sup>1</sup> Por ejemplo, el principio de no discriminación respecto de los establecimientos, bienes y servicios de salud es legalmente aplicable en muchas jurisdicciones nacionales.

los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos<sup>2</sup>, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales<sup>3</sup>.

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se encuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.
4. Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.
5. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Partes.
6. Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en mate-

2 En su resolución 1989/11.

3 Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119), y la observación general Nº 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.

ria de presentación de informes, esta observación general se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años.

## I. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12

7. El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.
8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
10. Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado<sup>4</sup>. Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.
11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también

<sup>4</sup> Artículo 3 común a los Convenciones de Ginebra relativos a la protección de las víctimas de la guerra (1949); apartado a) del párrafo 2 del artículo 75 del Protocolo adicional I relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (1977); apartado a) del artículo 4 del Protocolo adicional II relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977).

los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planes comunitario, nacional e internacional.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:
  - a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS<sup>5</sup>.
  - b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud<sup>6</sup> deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
    - i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos<sup>7</sup>.
    - ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
    - iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los

5 Véase la *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, revisada en diciembre de 1999, *Información sobre medicamentos de la OMS*, vol. 13, N° 4, 1999.

6 Salvo que se estipule expresamente otra cosa al respecto, toda referencia en esta observación general a los establecimientos, bienes y servicios de salud abarca los factores determinantes esenciales de la salud a que se hace referencia en los párrafos 11 y 12 a) de esta observación general.

7 Véanse los párrafos 18 y 19 de esta observación general.

hogares más ricos.

- iv) *Acceso a la información:* ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas<sup>8</sup> acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
  - c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
  - d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes<sup>9</sup>.
- Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva
- 14. La disposición relativa a “la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12)<sup>10</sup> se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genéricos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto<sup>11</sup>, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información<sup>12</sup>.
- Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente

8 Véase el párrafo 2 del artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En esta observación general se hace especial hincapié en el acceso a la información debido a la importancia particular de esta cuestión en relación con la salud.

9 En las publicaciones y la práctica acerca del derecho a la salud, se mencionan con frecuencia tres niveles de atención de la salud, a saber: la atención primaria de la salud, que versa esencialmente sobre las enfermedades comunes y relativamente leves y es prestada por los profesionales de la salud y/o los médicos generalmente capacitados que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo; la atención secundaria de la salud prestada en centros, por lo general hospitales, que se relaciona esencialmente con enfermedades leves o enfermedades graves relativamente comunes que no se pueden tratar en el plano comunitario y requieren la intervención de profesionales de la salud y médicos especialmente capacitados, equipo especial y, en ocasiones, atenciones hospitalarias de los pacientes a un costo relativamente más alto; la atención terciaria de la salud dispensada en unos pocos centros, que se ocupa esencialmente de un número reducido de enfermedades leves o graves que requieren la intervención de profesionales y médicos especialmente capacitados, así como equipo especial, y es con frecuencia relativamente cara. Puesto que las modalidades de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud se superponen con frecuencia y están a menudo interrelacionadas entre sí, el uso de esta tipología no facilita invariablemente criterios de distinción suficientes que sean de utilidad para evaluar los niveles de atención de la salud que los Estados Partes deben garantizar, por lo que es de escasa utilidad para comprender el contenido normativo del artículo 12.

10 Según la OMS, la tasa de mortalidad ya no suele utilizarse; en sustitución de ella se utilizan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

11 El término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. (En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento); por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

12 La salud genérica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligro las etapas de embarazo y parto.

15. "El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos<sup>13</sup>. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral<sup>14</sup>. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas

16. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud<sup>15</sup>

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y,

13 A este respecto, el Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que "el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar", así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

14 Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

15 Véase el apartado b) del párrafo 12 y la nota 8 supra.

en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

#### Artículo 12 - Temas especiales de alcance general

##### **No discriminación e igualdad de trato**

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.
19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud<sup>16</sup>. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

##### **La perspectiva de género**

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

##### **La mujer y el derecho a la salud**

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta cali-

16 Para las obligaciones fundamentales, véanse los párrafos 43 y 44 de la presente observación general.

dad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genéticos.

### Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades<sup>17</sup>. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones<sup>18</sup>. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.
23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.
24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

### Personas mayores

25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general N° 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad

<sup>17</sup> Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>18</sup> Véase la resolución WHA 47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada "Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994".

y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

### **Personas con discapacidades**

26. El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general Nº 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

### **Pueblos indígenas**

27. Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas<sup>19</sup>, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

### **Limitaciones**

28. Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa -el artículo 4- tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas -o

<sup>19</sup> Entre las recientes normas internacionales relativas a los pueblos indígenas cabe mencionar el Convenio Nº 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989); los apartados c) y d) del artículo 29 y el artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); el apartado j) del artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992), en los que se recomienda a los Estados que respeten, preserven y conserven los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas; la Agenda 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), en particular su capítulo 26, y la primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) en el que se señala que los Estados deben adoptar de común acuerdo medidas positivas para asegurar el respeto de todos los derechos humanos de los pueblos indígenas, sobre la base de no discriminación. Véase también el preámbulo y el artículo 3 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (1992), y el apartado e) del párrafo 2 del artículo 10 de la Convención de las Naciones Unidas de lucha contra la desertificación en los países afectados por sequía grave o desertificación, en particular en África (1994). En los últimos años un creciente número de Estados han modificado sus constituciones y promulgado legislación en la que se reconocen los derechos específicos de los pueblos indígenas.

encarcela a personas- con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

## II. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

### **Obligaciones legales de carácter general**

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud<sup>20</sup>.
31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12<sup>21</sup>.
32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte<sup>22</sup>.
33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la

<sup>20</sup> Véase la observación general N° 13 (párr. 43).

<sup>21</sup> Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 44).

<sup>22</sup> Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 45).

obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover<sup>23</sup>. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

### **Obligaciones legales específicas**

34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.<sup>24</sup> Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otro medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.
35. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a to-

23 Según las observaciones generales N° 12 y N° 13, la obligación de cumplir incorpora una obligación de facilitar y una obligación de proporcionar. En la presente observación general, la obligación de cumplir también incorpora una obligación de promover habida cuenta de la importancia crítica de la promoción de la salud en la labor realizada por la OMS y otros organismos.

24 Resolución 46/119 de la Asamblea General (1991).

dos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud<sup>25</sup>.
37. La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajena a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud,

25 Forman parte integrante de esa política la identificación, determinación, autorización y control de materiales, equipo, sustancias, agentes y procedimientos de trabajo peligrosos; la facilitación a los trabajadores de información sobre la salud, y la facilitación, en caso necesario, de ropa y equipo de protección; el cumplimiento de leyes y reglamentos merced a inspecciones adecuadas; el requisito de notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales; la organización de encuestas sobre accidentes y enfermedades graves, y la elaboración de estadísticas anuales; la protección de los trabajadores y sus representantes contra las medidas disciplinarias de que son objeto por actuar de conformidad con una política de esa clase, y la prestación de servicios de salud en el trabajo con funciones esencialmente preventivas. Véase el Convenio Nº 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981) y el Convenio Nº 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

### **Obligaciones internacionales**

38. En su observación general Nº 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto ( párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma-Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los país en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países<sup>26</sup>.
39. Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda<sup>27</sup>. Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales. En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medida para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.
40. De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación

26 Artículo II de la Declaración de Alma-Ata, informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978, en: Organización Mundial de la Salud, "Serie de Salud para Todos", Nº 1, OMS, Ginebra, 1978.

27 Véase el párrafo 45 de la presente observación general.

asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41. Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su observación general Nº 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.
42. Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad -particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada- tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

### **Obligaciones básicas**

43. En la observación general Nº 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo<sup>28</sup>, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:
  - a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
  - b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
  - c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
  - d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
  - e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
  - f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan

{ 46 } 28 Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: E.95.XIII.18), capítulo I, resolución 1, anexo, capítulos VII y VIII.

de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:
  - a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
  - b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
  - c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
  - d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
  - e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.
45. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar “asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica”<sup>29</sup>, que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 supra.

### III. VIOLACIONES

46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.
47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra.

<sup>29</sup> Párrafo 1 del artículo 2 del Pacto.

Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquier medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.
49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

### **Violaciones de las obligaciones de respetar**

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

### **Violaciones de las obligaciones de proteger**

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanan del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

### **Violaciones de la obligación de cumplir**

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

## **IV. APPLICACIÓN EN EL PLANO NACIONAL**

### **Legislación marco**

53. Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definen los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.
54. Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.
55. La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.
56. Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad

a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

### **Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud**

57. Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud -que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho- de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.
58. Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

### **Recursos y rendición de cuentas**

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional<sup>30</sup>. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.
60. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficiencia de las estrategias y planes de acción nacionales de salud.

<sup>30</sup> Con independencia de que los grupos en cuanto tales puedan presentar recursos como titulares indiscretos de derechos, los Estados Partes están obligados por las obligaciones colectivas e individuales enunciadas en el artículo 12. Los derechos colectivos revisten importancia crítica en la esfera de la salud; la política contemporánea de salud pública se basa en gran medida en la prevención y la promoción, enfoques que van esencialmente dirigidos a los grupos.

cacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos<sup>31</sup>. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61. Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás jurisconsultos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.
62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

## **V. OBLIGACIONES DE LOS ACTORES QUE NO SEAN ESTADOS PARTES**

63. El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional, tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.
64. Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme al o dispuesto en los artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás organizaciones no gubernamentales en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.
65. El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el UNICEF, así como

---

31 Véase la observación general N° 2 (párr. 9).

también por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.

Aprobado el 11 de mayo de 2000.



Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/C.12/2002/11  
20 de enero de 2003

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,  
SOCIALES Y CULTURALES

29º período de sesiones  
Ginebra, 11 a 29 de noviembre de 2002  
Tema 3 del programa

**CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE  
PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL  
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS  
ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

**OBSERVACIÓN GENERAL N° 15 (2002)**

El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional  
de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

## I. INTRODUCCIÓN

1. El agua es un recurso natural limitado y un bien público fundamental para la vida y la salud. El derecho humano al agua es indispensable para vivir dignamente y es condición previa para la realización de otros derechos humanos. El Comité ha constatado constantemente una denegación muy generalizada del derecho al agua, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. Más de 1.000 millones de personas carecen de un suministro suficiente de agua y varios miles de millones no tienen acceso a servicios adecuados de saneamiento, lo cual constituye la principal causa de contaminación del agua y de las enfermedades relacionadas con el agua<sup>1</sup>. La polución incesante, el continuo deterioro de los recursos hídricos y su distribución desigual están agravando la pobreza ya existente. Los Estados Partes deben adoptar medidas eficaces para hacer efectivo el derecho al agua sin discriminación alguna, como se establece en la presente observación general.

### El fundamento jurídico del derecho al agua

2. El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado de agua salubre es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua y para satisfacer las necesidades de consumo y cocina y las necesidades de higiene personal y doméstica.
3. En el párrafo 1 del artículo 11 del Pacto se enumeran una serie de derechos que dimanan del derecho a un nivel de vida adecuado, “incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados”, y son indispensables para su realización. El uso de la palabra “incluso” indica que esta enumeración de derechos no pretendía ser exhaustiva. El derecho al agua se encuadra claramente en la categoría de las garantías indispensables para asegurar un nivel de vida adecuado, en particular porque es una de las condiciones fundamentales para la supervivencia. Además, el Comité ha reconocido anteriormente que el agua es un derecho humano amparado por el párrafo 1 del artículo 11 (véase la Observación general Nº 6 (1995))<sup>2</sup>. El derecho al agua también está indisolublemente asociado al derecho al más alto nivel posible de salud (párr. 1 del art. 12)<sup>3</sup> y al derecho a una vivienda y una alimentación adecuadas (párr. 1 del art. 11)<sup>4</sup>. Este derecho también debe considerarse conjuntamente con otros derechos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos, entre los que ocupa un lugar primordial el derecho a la vida y a la dignidad humana.
4. El derecho al agua ha sido reconocido en un gran número de documentos internacionales, ta-

1 En 2000, la Organización Mundial de la Salud calculó que 1.100 millones de personas (el 80% de ellas residentes en zonas rurales) carecían de un abastecimiento de agua capaz de suministrar por lo menos 20 litros diarios de agua potable por persona; se estimó que 2.400 millones no tenían acceso a servicios de saneamiento. (Véase OMS, *La evaluación mundial del abastecimiento de agua y el saneamiento en 2000*, Ginebra, 2000, pág. 1). Además, todos los años 2.300 millones de personas padecen enfermedades relacionadas con el agua. Véase Naciones Unidas, Comisión sobre el Desarrollo Sostenible, *Evaluación general sobre los recursos de agua dulce del mundo*, Nueva York, 1997, pág. 39.

2 Véanse los párrafos 5 y 32 de la Observación general Nº 6 (1995) del Comité, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.

3 Véase la Observación general Nº 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafos 11, 12 a), b) y d), 15, 34, 36, 40, 43 y 51.

4 Véase el apartado b) del párrafo 8 de la Observación general Nº 4 (1991). Véase también el informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre una vivienda adecuada como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, el Sr. Miloon Kothari (E/CN.4/2002/59), presentado de conformidad con la resolución 2001/28 de la Comisión, de 20 de abril de 2001. En relación con el derecho a una alimentación adecuada, véase el informe del Relator Especial de la Comisión sobre el derecho a la alimentación, el Sr. Jean Ziegler (E/CN.4/2002/58), presentado de conformidad con la resolución 2001/25 de la Comisión, de 20 de abril de 2001.

les como tratados, declaraciones y otras normas<sup>5</sup>. Por ejemplo, en el párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se dispone que los Estados Partes asegurarán a las mujeres el derecho a "gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de [...] el abastecimiento de agua". En el párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se exige a los Estados Partes que luchen contra las enfermedades y la malnutrición mediante "el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre".

5. El Comité se ha ocupado constantemente del derecho al agua en su examen de los informes de los Estados Partes, de conformidad con sus directrices generales revisadas sobre la forma y el contenido de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y sus observaciones generales.
6. El agua es necesaria para diversas finalidades, aparte de los usos personales y domésticos, y para el ejercicio de muchos de los derechos reconocidos en el Pacto. Por ejemplo, el agua es necesaria para producir alimentos (el derecho a una alimentación adecuada) y para asegurar la higiene ambiental (el derecho a la salud). El agua es fundamental para procurarse un medio de subsistencia (el derecho a ganarse la vida mediante un trabajo) y para disfrutar de determinadas prácticas culturales (el derecho a participar en la vida cultural). Sin embargo, en la asignación del agua debe concederse prioridad al derecho de utilizarla para fines personales y domésticos. También debería darse prioridad a los recursos hídricos necesarios para evitar el hambre y las enfermedades, así como para cumplir las obligaciones fundamentales que entraña cada uno de los derechos del Pacto<sup>6</sup>.

### **El agua y los derechos del Pacto**

7. El Comité señala la importancia de garantizar un acceso sostenible a los recursos hídricos con fines agrícolas para el ejercicio del derecho a una alimentación adecuada (véase la Observación general Nº 12 (1997))<sup>7</sup>. Debe hacerse lo posible para asegurar que los agricultores desfavorecidos y marginados, en particular las mujeres, tengan un acceso equitativo al agua y a los sistemas de gestión del agua, incluidas las técnicas sostenibles de recogida del agua de lluvia y de irrigación. Tomando nota de la obligación establecida en el párrafo 2 del artículo 1 del Pacto, que dispone que no podrá privarse a un pueblo "de sus propios medios de subsistencia", los Estados Partes deberían garantizar un acceso suficiente al agua para la agricultura de

<sup>5</sup> Véanse el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el apartado c) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; los artículos 20, 26, 29 y 46 del Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, de 1949; los artículos 85, 89 y 127 del Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949; los artículos 54 y 55 del Protocolo Adicional I, de 1977; los artículos 5 y 14 del Protocolo Adicional II, de 1977; y el preámbulo de la Declaración de Mar del Plata de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua. Véanse también el párrafo 18.47 del Programa 21, en Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Rio de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992 (A/CONF.151/26/Rev.1 (Vol. I y Vol. I/Corr.1, Vol. II, Vol. III y Vol. III/Corr.1) (publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.93.I.8), vol. I: resoluciones adoptadas por la Conferencia, resolución 1, anexo I; el Principio Nº 3 de la Declaración de Dublín sobre el Agua y el Desarrollo Sostenible, Conferencia Internacional sobre el Agua y el Medio Ambiente (A/CONF.151/PC/112); el Principio Nº 2 del Programa de Acción, en Informe de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo; los párrafos 5 y 19 de la recomendación (2001) 14 del Comité de Ministros sobre la Carta Europea de Recursos Hídricos; y la resolución 2002/6 de la Subcomisión sobre la Promoción y Protección de los Derechos Humanos acerca de la promoción del ejercicio del derecho a disponer de agua potable. Véase asimismo el informe sobre la relación entre el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales y la promoción del ejercicio del derecho a disponer de agua potable y servicios de saneamiento (E/CN.4/Sub.2/2002/10), presentado por el Relator Especial de la Subcomisión sobre la promoción del derecho al agua potable y a servicios de saneamiento, el Sr. El Hadji Guissé.

<sup>6</sup> Véase también Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Plan de Aplicación de 2002, párrafo 25 c).

<sup>7</sup> Esto guarda relación tanto con la disponibilidad como con la accesibilidad del derecho a una alimentación adecuada (véase la Observación general Nº 12 (1999), párrs. 12 y 13).

subsistencia y para asegurar la de subsistencia de los pueblos indígenas<sup>8</sup>.

8. La higiene ambiental, como aspecto del derecho a la salud amparado por el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto, entraña la adopción de medidas no discriminatorias para evitar los riesgos para la salud que representa el agua insalubre y contaminada por sustancias tóxicas<sup>9</sup>. Por ejemplo, los Estados Partes deben garantizar que los recursos hídricos naturales estén al abrigo de la contaminación por sustancias nocivas y microbios patógenos. Análogamente, los Estados Partes deben supervisar y combatir las situaciones en que los ecosistemas acuáticos sirvan de hábitat para los vectores de enfermedades que puedan plantear un riesgo para el hábitat humano<sup>10</sup>.
9. Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y a cumplir sus obligaciones de presentación de informes, la sección II de la presente Observación general se centra en el contenido normativo del derecho al agua en el párrafo 1 del artículo 11 y en el artículo 12, mientras que la sección III está dedicada a las obligaciones de los Estados Partes, la sección IV a las violaciones y la sección V a la ejecución en el plano nacional. La sección VI se refiere a las obligaciones de agentes que no son Estados Partes.

## **II. CONTENIDO NORMATIVO DEL DERECHO AL AGUA**

10. El derecho al agua entraña tanto libertades como derechos. Las libertades son el derecho a mantener el acceso a un suministro de agua necesario para ejercer el derecho al agua y el derecho a no ser objeto de injerencias, como por ejemplo, a no sufrir cortes arbitrarios del suministro o a la no contaminación de los recursos hídricos. En cambio, los derechos comprenden el derecho a un sistema de abastecimiento y gestión del agua que ofrezca a la población iguales oportunidades de disfrutar del derecho al agua.
11. Los elementos del derecho al agua deben ser adecuados a la dignidad, la vida y la salud humanas, de conformidad con el párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12. Lo adecuado del agua no debe interpretarse de forma restrictiva, simplemente en relación con cantidades volumétricas y tecnologías. El agua debe tratarse como un bien social y cultural, y no fundamentalmente como un bien económico. El modo en que se ejerza el derecho al agua también debe ser sostenible, de manera que este derecho pueda ser ejercido por las generaciones actuales y futuras<sup>11</sup>.
12. En tanto que lo que resulta adecuado para el ejercicio del derecho al agua puede variar en función de distintas condiciones, los siguientes factores se aplican en cualquier circunstancia:
  - a) La disponibilidad. El abastecimiento de agua de cada persona debe ser continuo y suficiente para los usos personales y domésticos<sup>12</sup>. Esos usos comprenden normalmente el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y

<sup>8</sup> Véase también la declaración de entendimiento que acompañaba la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho de los usos de los cursos de agua internacionales para fines distintos de la navegación (A/51/869, de 11 de abril de 1997), que decla que, al determinar las necesidades humanas esenciales en caso de conflicto armado, "se ha de prestar especial atención al suministro suficiente de agua para sostener la vida humana, incluidas el agua potable y el agua necesaria para la producción de alimentos a fin de impedir la hambruna".

<sup>9</sup> Véase también la Observación general N° 14, pár. 15.

<sup>10</sup> Según la definición de la OMS, las enfermedades contagiadas por vectores comprenden las enfermedades transmitidas por insectos (paludismo, filariasis, dengue, encefalitis japonesa y fiebre amarilla), las enfermedades en las que los caracoles acuáticos sirven de huéspedes intermedios (esquistosomiasis) y las zoonosis en las que los vertebrados sirven de reservorio.

<sup>11</sup> Para una definición de sostenibilidad, véanse los principios 1, 8, 9, 10, 12 y 15 de la Declaración sobre el medio ambiente y el desarrollo, en Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992; y el Programa 21, en particular los principios 5.3, 7.27, 7.28, 7.35, 7.39, 7.41, 18.3, 18.8, 18.35, 18.40, 18.48, 18.50, 18.59 y 18.68.

<sup>12</sup> "Continuo" significa que la periodicidad del suministro de agua es suficiente para los usos personales y domésticos.

doméstica<sup>13</sup>. La cantidad de agua disponible para cada persona debería corresponder a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>14</sup>. También es posible que algunos individuos y grupos necesiten recursos de agua adicionales en razón de la salud, el clima y las condiciones de trabajo.

- b) La calidad. El agua necesaria para cada uso personal o doméstico debe ser salubre, y por lo tanto, no ha de contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan constituir una amenaza para la salud de las personas<sup>15</sup>. Además, el agua debería tener un color, un olor y un sabor aceptables para cada uso personal o doméstico.
- c) La accesibilidad. El agua y las instalaciones y servicios de agua deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
  - i) Accesibilidad física. El agua y las instalaciones y servicios de agua deben estar al alcance físico de todos los sectores de la población. Debe poderse acceder a un suministro de agua suficiente, salubre y aceptable en cada hogar, institución educativa o lugar de trabajo o en sus cercanías inmediatas<sup>16</sup>. Todos los servicios e instalaciones de agua deben ser de calidad suficiente y culturalmente adecuados, y deben tener en cuenta las necesidades relativas al género, el ciclo vital y la intimidad. La seguridad física no debe verse amenazada durante el acceso a los servicios e instalaciones de agua.
  - ii) Accesibilidad económica. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben estar al alcance de todos. Los costos y cargos directos e indirectos asociados con el abastecimiento de agua deben ser asequibles y no deben comprometer ni poner en peligro el ejercicio de otros derechos reconocidos en el Pacto.
  - iii) No discriminación. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben ser accesibles a todos de hecho y de derecho, incluso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
  - iv) Acceso a la información. La accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre las cuestiones del agua<sup>17</sup>.

## Temas especiales de amplia aplicación

### No discriminación e igualdad

13. La obligación de los Estados Partes de garantizar el ejercicio del derecho al agua sin discriminación alguna (párr. 2, art. 2) y en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres (art. 3) se aplica a todas las obligaciones previstas en el Pacto. Así pues, el Pacto proscribe toda discriminación por motivos de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, es-

13 En este contexto, el "consumo" se refiere al agua destinada a bebidas y alimentos. El "saneamiento" se refiere a la evacuación de las excretas humanas. El agua es necesaria para el saneamiento dondequiera que se adopten medios de evacuación por el agua. La "preparación de alimentos" incluye la higiene alimentaria y la preparación de combustibles, ya sea que el agua se incorpore a los alimentos o entre en contacto con éstos. La "higiene personal y doméstica" se refiere al aseo personal y a la higiene del hogar.

14 Véase J. Bartram y G. Howard, "Domestic water quantity, service level and health: what should be the goal for water and health sectors", OMS, 2002. Véase también P.H. Gleick (1996), "Basic water requirements for human activities: meeting basic needs", Water International, 21, págs. 83 a 92.

15 El Comité remite a los Estados Partes a OMS, Guías para la calidad del agua potable, segunda edición, vols. 1 a 3 (Ginebra, 1993), cuyo objetivo es "servir de base para la elaboración de normas nacionales que, debidamente aplicadas, aseguren la inocuidad del agua mediante la eliminación o la reducción a una concentración mínima de los componentes peligrosos para la salud".

16 Véanse también la Observación general N° 4 (1991), párr. 8 b), la Observación general N° 13 (1999), párr. 6 a), y la Observación general N° 14 (2000), párrs. 8 a) y b). El hogar puede ser tanto una vivienda permanente o semipermanente como un lugar de alojamiento provisional.

17 Véase el párrafo 48 de la presente Observación general.

tado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual, estado civil o cualquier otra condición política, social o de otro tipo que pretenda o tenga por efecto anular o menoscabar el igual disfrute o el ejercicio del derecho al agua. El Comité recuerda el párrafo 12 de la Observación general N° 3 (1990) en la que se señala que, incluso en tiempos de grave escasez de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas específicos a un costo relativamente bajo.

14. Los Estados Partes deberán adoptar medidas para eliminar la discriminación de facto basada en motivos sobre los que pesen prohibiciones en los casos en que se prive a personas y grupos de personas de los medios o derechos necesarios para ejercer el derecho al agua. Los Estados Partes deben velar por que la asignación de los recursos de agua y las inversiones en el sector del agua faciliten el acceso al agua a todos los miembros de la sociedad. Una distribución inadecuada de los recursos puede conducir a una discriminación que quizás no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben redundar de manera desproporcionada en beneficio de los servicios e instalaciones de suministro de agua que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población; esos recursos deben invertirse más bien en servicios e instalaciones que redunden en beneficio de un sector más amplio de la población.
15. Por lo que se refiere al derecho al agua, los Estados Partes tienen la obligación especial de facilitar agua y garantizar el suministro necesario de agua a quienes no disponen de medios suficientes, así como de impedir toda discriminación basada en motivos sobre los que internacionalmente pesen prohibiciones en lo referente al suministro de agua y a los servicios de abastecimiento de agua.
16. Aunque el derecho al agua potable es aplicable a todos, los Estados Partes deben prestar especial atención a las personas y grupos de personas que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer este derecho, en particular las mujeres, los niños, los grupos minoritarios, los pueblos indígenas, los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los trabajadores migrantes, los presos y los detenidos. En particular, los Estados Partes deben adoptar medidas para velar por que:
  - a) No se excluya a las mujeres de los procesos de adopción de decisiones sobre los recursos y los derechos en materia de agua. Es preciso aliviar la carga desproporcionada que recae sobre las mujeres en la obtención de agua.
  - b) No se impida a los niños ejercer sus derechos humanos por falta de agua potable en las instituciones de enseñanza y los hogares o a causa de la carga que supone la obtención de agua. Es preciso abordar con carácter urgente la cuestión del suministro de agua potable a las instituciones de enseñanza que actualmente carecen de ella.
  - c) Las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas tengan acceso a servicios de suministro de agua en buen estado de conservación. Debe protegerse el acceso a las fuentes tradicionales de agua en las zonas rurales de toda injerencia ilícita y contaminación. Las zonas urbanas desfavorecidas, incluso los asentamientos humanos espontáneos y las personas sin hogar, deben tener acceso a servicios de suministro de agua en buen estado de conservación. No debe denegarse a ningún hogar el derecho al agua por razón de la clasificación de su vivienda o de la tierra en que ésta se encuentra.
  - d) El acceso de los pueblos indígenas a los recursos de agua en sus tierras ancestrales sea protegido de toda transgresión y contaminación ilícitas. Los Estados deben facilitar recursos para que los pueblos indígenas planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua.

- e) Las comunidades nómadas y errantes tengan acceso al agua potable en sus lugares de acampada tradicionales y designados.
- f) Los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos y los repatriados tengan acceso al agua potable tanto si permanecen en campamentos o en las zonas urbanas y rurales. Es preciso otorgar a los refugiados y los solicitantes de asilo el derecho al agua en las mismas condiciones que a los nacionales.
- g) Los presos y detenidos tengan agua suficiente y salubre para atender a sus necesidades individuales cotidianas, teniendo en cuenta las prescripciones del derecho internacional humanitario y las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos<sup>18</sup>.
- h) Se suministre agua salubre suficiente a los grupos que tienen dificultades físicas para acceder al agua, como las personas de edad, los discapacitados, las víctimas de desastres naturales, las personas que viven en zonas propensas a desastres y las que viven en zonas áridas y semiáridas o en pequeñas islas.

### **III. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES**

#### **Obligaciones legales de carácter general**

- 17. Si bien el Pacto prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho al agua, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párr. 2, art. 2) y la obligación de adoptar medidas (párr. 1, art. 2) en aras de la plena realización del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho al agua.
- 18. Los Estados Partes tienen el deber constante y continuo en virtud del Pacto de avanzar con la mayor rapidez y efectividad posibles hacia la plena realización del derecho al agua. La realización de ese derecho debe ser viable y practicable, ya que todos los Estados Partes ejercen control sobre una amplia gama de recursos, incluidos el agua, la tecnología, los recursos financieros y la asistencia internacional, como ocurre con todos los demás derechos enunciados en el Pacto.
- 19. Existe una fuerte presunción de que la adopción de medidas regresivas con respecto al derecho al agua está prohibida por el Pacto<sup>19</sup>. Si se adoptan medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras un examen sumamente exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en el contexto de la plena utilización del máximo de los recursos de que dispone el Estado Parte.

#### **Obligaciones legales específicas**

- 20. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho al agua impone tres tipos de obligaciones a los Estados Partes, a saber: las obligaciones de respetar, proteger y cumplir.

<sup>18</sup> Véanse los artículos 20, 26, 29 y 46 del tercer Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949; los artículos 85, 89 y 127 del cuarto Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949; el artículo 15 y el párrafo 2 del artículo 20 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, en *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.88.XIV.1).

<sup>19</sup> Véase la Observación general N° 3 (1990), párr. 9.

### a) Obligación de respetar

21. La obligación de respetar exige que los Estados Partes se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el ejercicio del derecho al agua. Comprende, entre otras cosas, el abstenerse de toda práctica o actividad que deniegue o restrinja el acceso al agua potable en condiciones de igualdad, de inmiscuirse arbitrariamente en los sistemas consuetudinarios o tradicionales de distribución del agua, de reducir o contaminar ilícitamente el agua, por ejemplo, con desechos procedentes de instalaciones pertenecientes al Estado o mediante el empleo y los ensayos de armas, y de limitar el acceso a los servicios e infraestructuras de suministro de agua o destruirlos como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.
22. El Comité observa que durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales el derecho al agua abarca las obligaciones que impone a los Estados Partes el derecho internacional humanitario<sup>20</sup>. Ello incluye la protección de objetos indispensables para la supervivencia de la población civil, incluidas las instalaciones y reservas de agua potable y las obras de regadio, así como la protección del medio natural contra daños generalizados, graves y a largo plazo y la garantía de que los civiles, los reclusos y los presos tengan acceso al agua potable<sup>21</sup>.

### b) Obligación de proteger

23. La obligación de proteger exige que los Estados Partes impidan a terceros que menoscaben en modo alguno el disfrute del derecho al agua. Por terceros se entiende particulares, grupos, empresas y otras entidades, así como quienes obren en su nombre. La obligación comprende, entre otras cosas, la adopción de las medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias y efectivas para impedir, por ejemplo, que terceros denieguen el acceso al agua potable en condiciones de igualdad y contaminen o exploten en forma no equitativa los recursos de agua, con inclusión de las fuentes naturales, los pozos y otros sistemas de distribución de agua.
24. Cuando los servicios de suministro de agua (como las redes de canalización, las cisternas y los accesos a ríos y pozos) sean explotados o estén controlados por terceros, los Estados Partes deben impedirles que menoscaben el acceso físico en condiciones de igualdad y a un costo razonable, a recursos de agua suficientes, salubres y aceptables. Para impedir esos abusos debe establecerse un sistema normativo eficaz de conformidad con el Pacto y la presente Observación general, que prevea una supervisión independiente, una auténtica participación pública y la imposición de multas por incumplimiento.

### c) Obligación de cumplir

25. La obligación de cumplir se puede subdividir en obligación de facilitar, promover y garantizar. La obligación de facilitar exige que los Estados Partes adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades a ejercer el derecho. La obligación de promover impone al Estado Parte la adopción de medidas para que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua. Los Estados Partes también tienen la obligación

<sup>20</sup> En cuanto a la relación reciproca entre las normas de derechos humanos y el derecho humanitario, el Comité toma nota de las conclusiones de la Corte Internacional de Justicia en Legalidad de la amenaza o el empleo de armas nucleares (*Solicitud de la Asamblea General*), Informes de la CIJ (1996), párr. 25, pág. 226 del texto inglés.

<sup>21</sup> Véanse los artículos 54 y 56 del Protocolo Adicional I de los Convenios de Ginebra (1977), el artículo 54 del Protocolo Adicional II (1977), los artículos 20 y 46 del tercer Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y el artículo 3 común de los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

de hacer efectivo (garantizar) el derecho en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

26. La obligación de cumplir exige que los Estados Partes adopten las medidas necesarias para el pleno ejercicio del derecho al agua. Esta obligación comprende, entre otras cosas, la necesidad de reconocer en grado suficiente este derecho en el ordenamiento político y jurídico nacional, de preferencia mediante la aplicación de las leyes; adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de recursos hídricos para el ejercicio de este derecho; velar por que el agua sea asequible para todos; y facilitar un acceso mayor y sostenible al agua, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas.
27. Para garantizar que el agua sea asequible, los Estados Partes deben adoptar las medidas necesarias, entre las que podrían figurar: a) la utilización de un conjunto de técnicas y tecnologías económicas apropiadas; b) políticas adecuadas en materia de precios, como el suministro de agua a título gratuito o a bajo costo; y c) suplementos de ingresos. Todos los pagos por servicios de suministro de agua deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada de gastos de agua en comparación con los hogares más ricos.
28. Los Estados Partes deben adoptar estrategias y programas amplios e integrados para velar por que las generaciones presentes y futuras dispongan de agua suficiente y salubre<sup>22</sup>. Entre esas estrategias y esos programas podrían figurar: a) reducción de la disminución de recursos hídricos por extracción, desvío o contención; b) reducción y eliminación de la contaminación de las cuencas hidrográficas y de los ecosistemas relacionados con el agua por radiación, sustancias químicas nocivas y excrementos humanos; c) vigilancia de las reservas de agua; d) seguridad de que cualquier mejora propuesta no obstaculice el acceso al agua potable; e) examen de las repercusiones que puedan tener ciertas medidas en la disponibilidad del agua y en las cuencas hidrográficas de los ecosistemas naturales, tales como los cambios climáticos, la desertificación y la creciente salinidad del suelo, la deforestación y la pérdida de biodiversidad<sup>23</sup>; f) aumento del uso eficiente del agua por parte de los consumidores; g) reducción del desperdicio de agua durante su distribución; h) mecanismos de respuesta para las situaciones de emergencia; e i) creación de instituciones competentes y establecimiento de disposiciones institucionales apropiadas para aplicar las estrategias y los programas.
29. El garantizar que todos tengan acceso a servicios de saneamiento adecuados no sólo reviste importancia fundamental para la dignidad humana y la vida privada, sino que constituye uno de los principales mecanismos para proteger la calidad de las reservas y recursos de agua potable<sup>24</sup>. El derecho a la salud y el derecho a una vivienda adecuada (véanse las Observaciones generales N° 4 (1991) y N° 14 (2000)), impone a los Estados Partes la obligación de ampliar progresivamente unos servicios de saneamiento salubres, en particular a las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños.

22 Véase supra la nota 5 de pie de página, los capítulos 5, 7 y 18 del Programa 21, el Plan de Aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, (2002), párrs. 6 a), l) y m), 7, 36 y 38.

23 Véase el Convenio sobre Diversidad Biológica, la Convención de lucha contra la desertificación, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático y los protocolos ulteriores.

24 El párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer estipula que los Estados Partes asegurarán a la mujer el derecho de "gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de... los servicios sanitarios". El párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que los Estados Partes "asegurarán que todos los sectores de la sociedad... tengan acceso a la educación... y reciban apoyo en la aplicación de los conocimientos básicos... de las ventajas de higiene y el saneamiento ambiental".

## Obligaciones internacionales

30. El párrafo 1 del artículo 2, el párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 23 del Pacto imponen a los Estados Partes la obligación de reconocer el papel fundamental de la cooperación y la asistencia internacionales, y de adoptar medidas conjuntas o a título individual para lograr el pleno ejercicio del derecho al agua.
31. Para cumplir sus obligaciones internacionales en relación con el derecho al agua, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho en otros países. La cooperación internacional exige que los Estados Partes se abstengan de cualquier medida que obstaculice, directa o indirectamente, el ejercicio del derecho al agua potable en otros países. Las actividades que se emprendan dentro de la jurisdicción de un Estado Parte no deben privar a otro Estado de la capacidad de asegurar que las personas en su jurisdicción ejerzan ese derecho<sup>25</sup>.
32. Los Estados Partes deberán abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas semejantes que impidan el suministro de agua, así como de los bienes y servicios esenciales para garantizar el derecho al agua<sup>26</sup>. El agua no debe utilizarse jamás como instrumento de presión política y económica. A este respecto, el Comité recuerda su posición, expresada en su Observación general N° 8 (1997), sobre la relación entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.
33. Los Estados Partes deben adoptar medidas para impedir que sus propios ciudadanos y empresas violen el derecho al agua potable de las personas y comunidades de otros países. Cuando los Estados Partes puedan adoptar medidas con miras a influir en terceros por medios legales o políticos para que respeten este derecho, esas medidas deberán adoptarse de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable.
34. En función de la disponibilidad de recursos, los Estados Partes deberán facilitar la realización del derecho al agua en otros países, por ejemplo, facilitando recursos hídricos y asistencia financiera y técnica y prestando la ayuda necesaria que se les solicite. Cuando se trate de prestar socorro en casos de desastre y asistencia en casos de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados, deberá concederse prioridad a los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el suministro de agua potable. La asistencia internacional deberá prestarse de manera compatible con el Pacto y otras normas de derechos humanos, y deberá ser sostenible y culturalmente apropiada. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los países en desarrollo más pobres a este respecto.
35. Los Estados Partes deberán velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho al agua y, con tal fin, deberán considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos jurídicos. En cuanto a la concertación y aplicación de otros acuerdos internacionales y regionales, los Estados Partes deberán adoptar medidas para garantizar que estos instrumentos no repercutan negativamente en el derecho al agua potable. Los acuerdos de liberalización del comercio no deben restringir ni menoscabar la capacidad de un país de garantizar el pleno ejercicio del derecho al agua.

25 *El Comité observa que la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho de los usos de los cursos de agua internacionales para fines distintos de la navegación exige que se tengan en cuenta las necesidades sociales y humanas al determinar la utilización equitativa de los cursos de agua, que los Estados Partes adopten medidas para impedir que se causen graves daños y que, en caso de conflicto, se preste especial atención a los requisitos de las necesidades vitales humanas (véanse los artículos 5, 7 y 10 de la Convención).*

26 *En su Observación general N° 8 (1997) el Comité señaló el efecto disruptivo de las sanciones sobre los suministros sanitarios y el agua potable limpia, y que los régimenes que imponen sanciones deben hacerse cargo de las reparaciones de la infraestructura que resulten indispensables para el suministro de agua potable.*

36. Los Estados Partes deben velar por que su actuación como miembros de organizaciones internacionales tenga debidamente en cuenta el derecho al agua. Por consiguiente, los Estados Partes que son miembros de instituciones financieras internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben adoptar medidas para velar por que en sus políticas de préstamo, acuerdos de crédito y otras medidas internacionales se tenga en cuenta el derecho al agua potable.

### Obligaciones básicas

37. En la Observación general N° 3 (1990), el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto. A juicio del Comité, pueden identificarse al menos algunas obligaciones básicas en relación con el derecho al agua, que tienen efecto inmediato:
- Garantizar el acceso a la cantidad esencial mínima de agua, que sea suficiente y apta para el uso personal y doméstico y prevenir las enfermedades;
  - Asegurar el derecho de acceso al agua y las instalaciones y servicios de agua sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
  - Garantizar el acceso físico a las instalaciones o servicios de agua que proporcionen un suministro suficiente y regular de agua salubre; que tengan un número suficiente de salidas de agua para evitar unos tiempos de espera prohibitivos; y que se encuentren a una distancia razonable del hogar;
  - Velar por que no se vea amenazada la seguridad personal cuando las personas tengan que acudir a obtener el agua;
  - Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones y servicios de agua disponibles;
  - Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre el agua para toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados y periódicamente revisados en base a un proceso participativo y transparente; deberán prever métodos, como el establecimiento de indicadores y niveles de referencia que permitan seguir de cerca los progresos realizados; el proceso mediante el cual se conciban la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados;
  - Vigilar el grado de realización, o no realización, del derecho al agua;
  - Adoptar programas de agua orientados a fines concretos y de relativo bajo costo para proteger a los grupos vulnerables y marginados;
  - Adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular velando por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados.
38. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros agentes que estén en situación de ayudar, prestar asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica, que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en el párrafo 37 supra.

## IV. VIOLACIONES

39. Al aplicar el contenido normativo del derecho al agua (véase la parte II) a las obligaciones de los Estados Partes (parte III), se pone en marcha un proceso que facilita la identificación de las violaciones del derecho al agua. En los párrafos que figuran a continuación se dan ejemplos de violaciones del derecho al agua.
40. Para demostrar el cumplimiento de sus obligaciones generales y particulares, los Estados Partes deben demostrar que han tomado las medidas necesarias y factibles para garantizar el ejercicio del derecho al agua. De conformidad con el derecho internacional, el no actuar de buena fe para tomar tales medidas constituye una violación del derecho. Cabe señalar que un Estado Parte no puede justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 37 supra, que no pueden suspenderse.
41. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho al agua, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones con respecto al derecho al agua y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12, que se refieren al derecho a un nivel de vida adecuado y al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, que impone a cada Estado Parte la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para hacer efectivo el derecho al agua viola las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que le impone el Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para cumplir, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra.
42. Las violaciones del derecho al agua pueden producirse mediante actos de comisión, la acción directa de los Estados Partes o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. Las violaciones pueden consistir, por ejemplo, en la adopción de medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas (mencionadas en el párrafo 37 supra), la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho al agua, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las obligaciones jurídicas nacionales o internacionales pre-existentes en relación con el derecho al agua.
43. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para garantizar el pleno disfrute del derecho universal al agua, el no contar con una política nacional sobre el agua y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.
44. Aunque no es posible confeccionar por adelantado una lista completa de las violaciones, a partir de la labor del Comité se puede individualizar una serie de ejemplos típicos que ilustran los niveles de obligación:
  - a) Las violaciones de la obligación de respetar se desprenden de la interferencia del Estado Parte con el derecho al agua. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: i) la interrupción o desconexión arbitraria o injustificada de los servicios o instalaciones de agua; ii) los aumentos desproporcionados o discriminatorios del precio del agua; y iii) la contaminación y disminución de los recursos de agua en detrimento de la salud del humano.
  - b) Las violaciones de la obligación de proteger dimanan del hecho de que un Estado no adopta todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las perso-

nas contra las violaciones del derecho al agua por terceros<sup>27</sup>. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: i) no promulgar o hacer cumplir leyes que tengan por objeto evitar la contaminación y la extracción no equitativa del agua; ii) no regular y controlar eficazmente los servicios de suministro de agua; iii) no proteger los sistemas de distribución de agua (por ejemplo, las redes de canalización y los pozos) de la injerencia indebida, el daño y la destrucción; y

- c) Las violaciones de la obligación de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para garantizar el disfrute del derecho al agua. Los siguientes son algunos ejemplos: i) no adoptar o ejecutar una política nacional sobre el agua encaminada a garantizar a todos el derecho al agua; ii) asignar fondos insuficientes o asignarlos en forma incorrecta, con el resultado de menoscabar el disfrute del derecho al agua por personas o grupos, especialmente los vulnerables o marginados; iii) no vigilar el grado de realización del derecho al agua a nivel nacional, por ejemplo estableciendo indicadores y niveles de referencia; iv) no adoptar medidas contra la distribución no equitativa de las instalaciones y los servicios de agua; v) no establecer mecanismos de socorro de emergencia; vi) no lograr que todos disfruten del derecho al agua en el nivel mínimo indispensable; vii) el hecho de que un Estado no tenga en cuenta sus internacionales jurídicas internacionales con respecto al derecho al agua al concertar acuerdos con otros Estados o con internacionales.

## **V. APLICACIÓN EN EL PLANO NACIONAL**

- 45. De conformidad con el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, los Estados Partes deberán recurrir a “todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas”, para dar cumplimiento a sus obligaciones dimanantes del Pacto. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona disfrute del derecho al agua, lo antes posible. Las medidas nacionales encaminadas a asegurar el disfrute del derecho al agua no han de obstaculizar el disfrute de otros derechos humanos.

### **Legislación, estrategias y políticas**

- 46. Deberán examinarse la legislación, las estrategias y las políticas existentes para determinar que sean compatibles con las obligaciones relativas al derecho al agua, y deberán derogarse, enmendarse o cambiarse las que no sean congruentes con las obligaciones dimanantes del Pacto.
- 47. El deber de adoptar medidas claramente impone a los Estados Partes la obligación de adoptar una estrategia o plan de acción nacional para asegurar el ejercicio del derecho al agua. La estrategia debe: a) basarse en la normativa y los principios de derechos humanos; b) abarcar todos los aspectos del derecho al agua y las obligaciones correspondientes de los Estados Partes; c) definir objetivos claros; d) fijar objetivos o metas y los plazos para su consecución; e) formular políticas adecuadas, con los niveles de referencia y los indicadores correspondientes. La estrategia también deberá responsabilizar del proceso a instituciones específicas; determinar los recursos disponibles para alcanzar los objetivos y las metas; asignar debidamente

---

<sup>27</sup> Para la definición de “terceros”, véase el párrafo 23.

los recursos a las instituciones encargadas; y establecer mecanismos de rendición de cuentas para asegurar la aplicación de la estrategia. Al formular y aplicar las estrategias nacionales en relación con el derecho al agua, los Estados Partes deberán hacer uso de la asistencia técnica y de la cooperación de los organismos especializados de las Naciones Unidas (véase más adelante la parte VI).

48. Al formular y ejecutar las estrategias y planes nacionales de acción con respecto al agua deberán respetarse, entre otros, los principios de no discriminación y de participación popular. El derecho de los particulares y grupos a participar en los procesos de decisión que puedan afectar a su ejercicio del derecho al agua debe ser parte integrante de toda política, programa o estrategia con respecto al agua. Deberá proporcionarse a los particulares y grupos un acceso pleno e igual a la información sobre el agua, los servicios de agua y medio ambiente que esté en posesión de las autoridades públicas o de terceros.
49. La estrategia y el plan de acción nacionales del agua también deberán basarse en los principios de la rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el ejercicio efectivo de todos los derechos humanos, incluido el derecho al agua. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deberán adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho al agua.
50. Tal vez los Estados Partes encuentren conveniente aprobar una legislación marco para llevar a la práctica sus estrategias relativas al derecho al agua. Esa legislación deberá incluir: a) los objetivos o metas que han de alcanzarse, y los plazos para su consecución; b) los medios que se utilizarán para alcanzar la finalidad perseguida; c) la colaboración prevista con la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales; d) las instituciones encargadas del proceso; e) los mecanismos nacionales para la vigilancia del proceso; y f) los procedimientos de reparación y de recursos.
51. Deberán adoptarse medidas para garantizar una coordinación suficiente entre los ministerios nacionales y las autoridades regionales y locales a fin de conciliar las políticas relacionadas con el agua. En los casos en que la responsabilidad de hacer efectivo el derecho al agua se haya delegado en las autoridades regionales o locales, el Estado Parte seguirá siendo responsable del cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Pacto, y por tanto deberá velar por que estas autoridades tengan a su disposición suficientes recursos para mantener y ampliar los servicios e instalaciones de agua necesarios. Además, los Estados Partes deberán velar por que dichas autoridades no nieguen el acceso a los servicios sobre una base discriminatoria.
52. Los Estados Partes están obligados a vigilar eficazmente la realización del derecho al agua. Para vigilar el progreso hacia la realización de este derecho, los Estados Partes deberán determinar los factores y las dificultades que obstaculizan el cumplimiento de sus obligaciones.

### **Indicadores y niveles de referencia**

53. Para asistir en este proceso de vigilancia, las estrategias o planes de acción deberán contener indicadores sobre el derecho al agua. El objeto de los indicadores consistirá en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12. Los indicadores deben referirse a los distintos componentes de un agua adecuada (como la suficiencia, la salubridad y aceptabilidad, la asequibilidad y la accesibilidad), desglosarse según los ámbitos de discriminación prohibidos y abarcar a todas las personas que viven en la jurisdicción territorial del Estado Parte o estén bajo su

control. Para obtener orientación respecto de los indicadores apropiados, los Estados Partes podrán aprovechar la labor que llevan a cabo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

54. Una vez identificados los indicadores pertinentes del derecho al agua, se pide a los Estados Partes que establezcan los niveles nacionales de referencia apropiados respecto de cada indicador<sup>28</sup>. Durante el proceso de presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá junto al Estado Parte un proceso de determinación de objetivos concretos. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y niveles de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el período del informe siguiente. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esos niveles de referencia nacionales para vigilar el grado en que se ha hecho efectivo el derecho al agua. Posteriormente, durante el proceso de presentación del siguiente informe, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han alcanzado o no esos niveles de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir (véase la Observación general Nº 14 (2000), párr. 58). Además, al fijar los niveles de referencia y preparar los informes, los Estados Partes deberán utilizar la amplia información y los servicios de asesoramiento de los organismos especializados en lo referente a la reunión y el desglose de los datos.

### Recursos y rendición de cuentas

55. Toda persona o grupo que haya sido víctima de una violación del derecho al agua deberá contar con recursos judiciales o de otro tipo efectivos tanto en el plano nacional como en el internacional (véase el párrafo 4 de la Observación general Nº 9 (1998) y el principio 10 de la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo)<sup>29</sup>. El Comité observa que este derecho ha sido incluido en la Constitución de varios Estados y ha sido tema de litigio ante tribunales nacionales. Todas las víctimas de las violaciones del derecho al agua deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá consistir en restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos y las instituciones análogas de cada país deberán poder ocuparse de las violaciones del derecho.
56. Antes de que un Estado Parte o un tercero haga algo que interfiera con el derecho al agua de una persona, las autoridades pertinentes deberán velar por que tales medidas se lleven a cabo de un modo previsto por la legislación que sea compatible con el Pacto, y eso incluye: a) la oportunidad de una auténtica consulta con los afectados; b) el suministro a tiempo de información completa sobre las medidas proyectadas; c) la notificación con antelación razonable de las medidas proyectadas; d) la disponibilidad de vías de recurso y reparación para los afectados; y e) asistencia jurídica para obtener una reparación legal (véanse también las Observaciones generales Nº 4 (1991) y Nº 7 (1997)). Cuando tales medidas se emprendan por-

28 Véase E. Riedel, "New bearings to the State reporting procedure: practical ways to operationalize economic, social and cultural rights - The example of the right to health", en S. von Schorlemer (ed.), *Praxishandbuch UNO*, 2002, págs. 345 a 358. El Comité toma nota, por ejemplo, del compromiso que figura en el plan de aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de reducir a la mitad, antes del año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable (según se indica en la Declaración del Milenio) y el porcentaje de personas que no tienen acceso a servicios básicos de saneamiento.

29 El principio 10 de la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo (Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, véase la nota 5 supra), dice, con respecto a las cuestiones del medio ambiente, que "deberá proporcionarse acceso efectivo a los procedimientos judiciales y administrativos, entre éstos el resarcimiento de daños y los recursos pertinentes".

que una persona adeuda el pago de agua, deberá tenerse en cuenta su capacidad de pago. En ninguna circunstancia deberá privarse a una persona del mínimo indispensable de agua.

57. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho al agua puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alejarse en todos los casos. Esta incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho al agua, o por lo menos de las obligaciones fundamentales, invocando directamente el Pacto.
58. Los Estados Partes deben animar a los jueces, árbitros y demás jurisconsultos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a las violaciones del derecho al agua.
59. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros miembros de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho al agua.

## **VI. OBLIGACIONES DE LOS AGENTES QUE NO SON ESTADOS PARTES**

60. Los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que se ocupan del agua, tales como la OMS, la FAO, el UNICEF, el PNUD, Hábitat, la OIT, el PNUD y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), así como organizaciones internacionales que se ocupan del comercio como la Organización Mundial del Comercio (OMC), deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes aprovechando sus respectivos conocimientos especializados, para la realización del derecho al agua en el plano nacional. Las instituciones financieras internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, deberán tener en cuenta el derecho al agua en sus políticas de préstamo, acuerdos crediticios, programas de ajuste estructural y otros proyectos de desarrollo (véase la Observación general N° 2 (1990)), de manera que se promueva el disfrute del derecho al agua. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para cumplir las obligaciones de hacer efectivo el derecho al agua, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás agentes. La incorporación de la normativa y los principios de derechos humanos en los programas y políticas de las organizaciones internacionales facilitará en gran medida la realización del derecho al agua. El papel de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la OMS y el UNICEF, como también el de las organizaciones no gubernamentales y otras asociaciones, reviste especial importancia en relación con el socorro en casos de desastre y la asistencia humanitaria en situaciones de emergencia. En la prestación de ayuda y la distribución y gestión del agua y los servicios de agua deberá concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.



Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/C.12/COL/CO/5  
7 de junio de 2010

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,  
SOCIALES Y CULTURALES  
44º período de sesiones  
Ginebra, 3 a 21 de mayo de 2010

**EXAMEN DE LOS INFORMES  
PRESENTADOS POR  
LOS ESTADOS PARTES DE CONFORMIDAD  
CON LOS  
ARTÍCULOS 16 Y 17 DEL PACTO**

Observaciones finales del Comité de Derechos  
Económicos, Sociales y Culturales

Colombia

1. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinó el quinto informe periódico de Colombia sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/COL/5) en sus sesiones tercera, cuarta y quinta, celebradas los días 4 y 5 de mayo de 2010 (véase E/C.12/2010/SR.3, 4 y 5) y, en sus sesiones 23<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup> y 25<sup>a</sup>, celebradas los días 19 y 20 de mayo de 2010, aprobó las observaciones finales que figuran a continuación.

## **A. INTRODUCCIÓN**

2. El Comité acoge con satisfacción el quinto informe periódico presentado por el Estado parte y la presencia de la delegación integrada por varios representantes de diferentes ministerios que posibilitaron la celebración de un diálogo franco y abierto. El Comité también acoge con agrado las respuestas escritas a la lista de preguntas, así como las facilitadas oralmente por el Estado parte y la información adicional recibida.

## **B. ASPECTOS POSITIVOS**

3. El Comité celebra que el Estado parte haya ratificado el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de los niños en los conflictos armados.
4. El Comité acoge también favorablemente la aprobación por el Estado parte de:
  - La Ley Nº 581 de 2000 relativa a la efectiva participación de la mujer en los niveles decisarios;
  - La Ley Nº 823 de 2003 relativa a la igualdad de oportunidades para las mujeres;
  - La Ley Nº 599 de 2000 (Código Penal) que tipifica como delito la violación de la libertad de trabajo.
5. El Comité ve además con agrado las siguientes sentencias pronunciadas por la Corte Constitucional:
  - La sentencia C-169/01 relativa a la discriminación positiva, sobre la base del precepto constitucional que favorece a las poblaciones vulnerables que no se encuentran en igualdad de condiciones con respecto al resto de la población del país;
  - La sentencia C-1064/01, que establece criterios para la fijación del salario mínimo legal, el derecho a un sueldo justo y el mantenimiento del poder adquisitivo;
  - La sentencia C-355/06 que despenaliza el aborto declarando la constitucionalidad del artículo 122 de la Ley Nº 599 de 2000 (Código Penal).

## **C. FACTORES Y DIFICULTADES QUE OBSTACULIZAN LA APLICACIÓN DEL PACTO**

6. El Comité señala la ausencia de factores u obstáculos importantes que impidan la aplicación efectiva del Pacto en el Estado parte.

## **D. PRINCIPALES MOTIVOS DE PREOCUPACIÓN Y RECOMENDACIONES**

7. El Comité está profundamente alarmado por las consecuencias del prolongado conflicto armado interno en el Estado parte. El Comité lamenta la falta de información suficientemente detallada sobre el cumplimiento efectivo por el Estado parte de las obligaciones que le incumben en virtud del Pacto, en relación con la población civil en las zonas afectadas por el conflicto armado interno.

El Comité insta al Estado parte a que adopte medidas inmediatas y eficaces para aplicar los planes descritos en el informe para hacer frente a la violencia armada imperante. A este respecto, el Comité pide al Estado parte que, en su próximo informe periódico, proporcione información detallada sobre el cumplimiento de sus obligaciones, como exige el Pacto, en relación con todos los derechos económicos, sociales y culturales de la población civil afectada por el conflicto armado interno. El Comité recuerda al Estado parte que es precisamente en las situaciones de crisis donde el Pacto exige la protección y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular de los grupos más marginados y desfavorecidos de la sociedad, en la medida de su capacidad en las condiciones adversas imperantes.

8. El Comité lamenta que el informe del Estado parte no contenga información suficientemente actualizada ni estadísticas detalladas que le permitan valorar plenamente hasta qué punto y de qué manera se hacen efectivos en el Estado parte los derechos consagrados en el Pacto.

El Comité recomienda al Estado parte que, en su próximo informe periódico, proporcione información actualizada sobre la aplicación práctica del Pacto, en particular mediante datos desglosados y estadísticas pertinentes en forma comparativa anual respecto de la aplicación de sus leyes y los resultados prácticos de los planes, programas y estrategias que se llevan a cabo en relación con los diversos derechos consagrados en el Pacto.

9. Al Comité le preocupa que en el Estado parte se lleven a cabo grandes proyectos de infraestructura, desarrollo y minería sin haberse obtenido el consentimiento libre, previo e informado de las comunidades indígenas y afrocolombianas afectadas. Al Comité le preocupan asimismo que, según la Corte Constitucional, los representantes legítimos de las comunidades afrocolombianas no hayan participado en el proceso de consultas y que las autoridades no hayan facilitado información precisa sobre el alcance y el impacto del megaproyecto minero de Chocó y Antioquia. Además, al Comité le preocupa la posibilidad de que la Directiva Presidencial N° 001, destinada a establecer un marco general para las consultas previas, no sea suficiente y, que el proyecto de ley elaborado por el Grupo de Consulta Previa del Ministerio del Interior no haya sido objeto de consultas con los pueblos indígenas y afrocolombianos, por lo que no crea el marco adecuado para un proceso de consultas genuino (art. 1).

El Comité recomienda al Estado parte que tome medidas concretas para revisar los procesos relativos a los proyectos de infraestructura, desarrollo y minería y que aplique plenamente las decisiones de la Corte Constitucional a este respecto. El Comité también recomienda al Estado parte que revise la Directiva Presidencial N° 001 y el proyecto de ley elaborado por el Grupo de Consulta Previa del Ministerio del Interior. El Comité recomienda además al Estado parte que, con la consulta y participación de los pueblos indígenas y afrocolombianos, adopte una ley que establezca claramente el derecho al consentimiento libre, previo e informado, de conformidad con el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, así como con las decisiones pertinentes de la Corte Constitucional.

10. Al Comité le preocupa la posibilidad de que los acuerdos comerciales bilaterales y multilaterales firmados por el Estado parte afecten al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular de los grupos desfavorecidos y marginados como los pueblos indígenas y afrocolombianos y las personas que viven en las zonas rurales. Al Comité le preocupa también que el acuerdo de libre comercio firmado entre el Estado parte y los Estados Unidos de América contenga disposiciones sobre la propiedad intelectual que pueden causar un alza de los precios de los medicamentos e incidir negativamente en el disfrute de los derechos a la salud, en particular de las personas de bajos ingresos (arts. 1 y 12).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas efectivas a fin de que en todos los acuerdos de libre comercio y en todos los acuerdos comerciales bilaterales y multilaterales se tengan en

cuenta los derechos económicos, sociales y culturales, y que elabore políticas eficaces para proteger los derechos de la población contra los efectos perjudiciales de esos acuerdos, en particular para los grupos marginados y desfavorecidos. A este respecto, el Comité recomienda al Estado parte que considere la posibilidad de revisar las disposiciones relativas a la propiedad intelectual del acuerdo de libre comercio firmado con los Estados Unidos, a fin de garantizar la protección contra el aumento del precio de los medicamentos, en especial para las personas de bajos ingresos.

11. Al Comité le preocupa que el nivel de desempleo en el Estado parte siga siendo elevado, en particular en las zonas rurales y entre los jóvenes, las mujeres, y los pueblos indígenas y los afrocolombianos. Preocupa también al Comité que la creación de oportunidades de empleo se presente fundamentalmente en el sector informal de la economía (el 60%), lo que tiene efectos negativos en el acceso a la seguridad social. Inquietan también al Comité las condiciones de trabajo prevalecientes en el sector informal de la economía y en las zonas rurales, donde los salarios siguen siendo muy bajos (arts. 6 y 7).

El Comité recomienda al Estado parte que:

- a) Adopte medidas efectivas para reducir la elevada tasa de desempleo;
- b) Elabore políticas y estrategias específicas destinadas a la creación de oportunidades de empleo para los jóvenes y las mujeres y los pueblos indígenas y los afrocolombianos;
- c) Mantenga los programas de capacitación profesional destinados a los jóvenes, así como los incentivos ya aprobados.

El Comité recomienda encarecidamente al Estado parte que promueva las oportunidades de empleo y al mismo tiempo mejore las condiciones de trabajo en el sector informal de la economía y en las zonas rurales, en particular con respecto a los bajos salarios y prestaciones sociales.

12. El Comité está alarmado por los asesinatos de sindicalistas en el Estado parte y por el hecho de que estas personas sigan siendo víctimas de diversas formas de amenazas o violencias. Al Comité le sigue preocupando que, a pesar de la puesta en práctica del Programa Nacional de Protección que ampara a los sindicalistas y de la creación de la Subunidad de Derechos Humanos en la Fiscalía General de la Nación que se ocupa de los asesinatos de sindicalistas, sólo se investigue un número reducido de los actos de violencia cometidos contra los sindicalistas (art. 8).

El Comité insta al Estado parte a que fortalezca sus esfuerzos para proteger a los sindicalistas mejorando el Programa Nacional de Protección, y a que consolide la dependencia de la Fiscalía General de la Nación que se ocupa de los asesinatos e intentos de asesinato contra sindicalistas. El Comité insta además al Estado parte a que combatá firmemente la impunidad, investigando todos los casos y enjuiciando y condenando a los responsables, y a que proporcione indemnización a las víctimas o a sus familiares con cargo al Fondo para la Reparación de las Víctimas.

13. Al Comité le preocupa que las personas que tienen contratos temporales de trabajo o ganan un salario mínimo no reciban un trato igualitario en el sistema de salud, dado que deben contribuir a los servicios de salud en mayor medida que las que tienen contratos formales, y que en general no se reconozca a esas personas el estatuto de beneficiarias de los subsidios para la salud (art. 9).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte las medidas necesarias para que las personas que trabajan con contratos temporales o ganen un salario mínimo tengan acceso en condiciones de igualdad a los servicios de atención de la salud, y para que se reconozca a esas personas el estatuto de beneficiarias de los subsidios para la salud.

14. Al Comité le preocupan las grandes desigualdades en la distribución de los ingresos en el Es-

tado parte en el contexto de pobreza. Le inquieta, en particular, que el sistema tributario sea regresivo y más favorable a los grupos de personas que perciben los ingresos más elevados (art. 9).

El Comité recomienda al Estado parte que revise su sistema tributario para reducir las desigualdades entre los diferentes grupos de la población, con miras a lograr la erradicación de la pobreza. El Comité recomienda también al Estado parte que adopte un sistema tributario basado en impuestos progresivos aplicados según el nivel de ingresos.

15. Al Comité le inquietan profundamente la persistencia de los numerosos casos de asesinato y violación de mujeres adultas y jóvenes en el Estado parte y los actos de violencia, en particular de carácter sexual, cometidos por las fuerzas armadas y los grupos armados ilegales, a pesar de las medidas legislativas y políticas adoptadas por el Estado parte para combatir la violencia contra la mujer. Al Comité le sigue preocupando la impunidad de que siguen gozando los autores de esos actos. Preocupa en particular al Comité la violencia contra la mujer en las situaciones de desplazamiento forzado ocasionado por el conflicto armado (art. 10).

El Comité insta al Estado parte a que intensifique sus esfuerzos destinados a prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres, aplicando de manera efectiva sus programas de asistencia integral para la protección y rehabilitación de las víctimas, facilitando el acceso de las mujeres a la justicia, enjuiciando a los responsables e indemnizando a las víctimas. El Comité recomienda además al Estado parte que adopte medidas para prevenir la violencia contra las mujeres obligadas a desplazarse a causa del conflicto armado y para protegerlas, y que, con esta finalidad:

- a) Apruebe y ponga en marcha el programa "Protección de los derechos de las mujeres indígenas en situación de desplazamiento interno";
- b) Ponga en marcha, por conducto de Acción Social, los 12 programas específicos de protección ordenados por la Corte Constitucional;
- c) Lleve a cabo investigaciones de los casos de violencia sexual de que han sido víctimas mujeres desplazadas en el país;
- d) Enjuicie y sancione a los responsables; y
- e) Proporcione indemnización a las víctimas.

El Estado parte debe proporcionar además un apoyo adecuado a la Fiscalía General de la Nación y al grupo especial establecido en su Unidad de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, proporcionándoles recursos suficientes, y dar pleno efecto a la Ley N° 1257 de 2008 sobre Normas de sensibilización, prevención y sanción de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

16. Al Comité le inquieta profundamente que los niños sigan siendo víctimas del reclutamiento forzado por los grupos armados ilegales, en particular las FARC-EP (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo) y el ELN (Ejército de Liberación Nacional) que recurren, entre otros medios, a campañas de reclutamiento en las escuelas, y también por los nuevos grupos paramilitares, con lo que se impide a estos niños el disfrute de sus derechos económicos, sociales y culturales. El Comité está asimismo sumamente preocupado por el elevado número de niños que pierden la vida durante los asaltos, o a causa de los homicidios, las minas terrestres o el fuego cruzado entre el ejército y los grupos armados ilegales (art. 10).

El Comité insta al Estado parte a que adopte todas las medidas necesarias para:

- a) Aplicar plenamente su Directiva N° 500-2 de 2005 destinada a elaborar estrategias para impedir el reclutamiento de los niños en las fuerzas armadas;

- b) Impedir el reclutamiento de niños por grupos armados ilegales;
  - c) Llevar adelante los programas de desmovilización, reinserción y rehabilitación de conformidad con su legislación; y
  - d) Enjuiciar y condenar a los responsables.
17. Al Comité le preocupa el elevado número de niños que siguen siendo víctimas de explotación sexual, en particular los pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginados, como los niños desplazados internos y los que viven en la pobreza, a pesar de las medidas ya adoptadas por el Estado parte, como la ley que tipifica como delito la explotación sexual, el turismo sexual con menores de edad y la pornografía infantil, sobre la que existen disposiciones específicas relativas a los proveedores de servicios de Internet, así como el Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual (2006-2011) (art. 10).

El Comité insta al Estado parte a que aplique de manera efectiva la legislación para combatir la trata de niños. También recomienda al Estado parte que fortalezca sus programas y campañas de información para prevenir la trata, con arreglo a la Estrategia Nacional Integral de Lucha contra la Trata de Personas 2007-2012, prestando especial atención a los niños de los grupos desfavorecidos y marginados; que siga proporcionando capacitación obligatoria a los jueces y funcionarios judiciales; y que enjuicie y condene a los responsables de delitos de trata de niños. En su próximo informe periódico el Estado parte debería proporcionar datos estadísticos anuales desglosados por sexo y país de origen de los niños que son víctimas de la explotación y la trata, así como de los casos investigados y de las decisiones adoptadas.

18. Preocupa al Comité que se permita a los niños casarse a los 14 años con el consentimiento parental o de un tutor, a pesar de que la edad mínima para contraer matrimonio en el Estado parte sea de 18 años. También le preocupan las consecuencias negativas de casarse a los 14 años para el disfrute por los niños de sus derechos económicos, sociales y culturales, en especial, los derechos a la salud y el derecho a la educación (art. 10).

El Comité alienta al Estado parte a que haga efectiva la legislación sobre la edad mínima de 18 años para contraer matrimonio, aplicable a niños y niñas, de conformidad con las normas internacionales. El Comité también pide al Estado parte que, en su próximo informe periódico, le proporcione información detallada sobre el alcance de ese fenómeno.

19. Preocupa al Comité que aproximadamente el 20% de los niños nacidos en el Estado parte —en particular en las zonas remotas y entre los pueblos indígenas y afrocolombianos y los desplazados internos— no hayan sido registrados. También le preocupa que la no inscripción en el Registro Civil pueda dificultar el acceso de estas personas a la protección y la garantía de sus derechos con arreglo al Pacto (art.10).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas inmediatas para que todos los niños nacidos en el Estado parte sean registrados, especialmente en las zonas remotas y entre los pueblos indígenas y afrocolombianos y los desplazados internos. El Comité también recomienda al Estado parte que concluya la modernización de su Registro Civil y proporcione recursos suficientes a la Registraduría Nacional del Estado Civil para facilitar la inscripción de los desplazados internos y las personas de las zonas rurales.

20. Al Comité le inquieta el elevado número de personas que viven en la pobreza (el 46%) y en la extrema pobreza (el 17,8%) en el Estado parte. Preocupa también al Comité que en las zonas rurales la pobreza extrema sea el doble de la media nacional (32,6%) (art. 11).

El Comité insta al Estado parte a que combata y reduzca efectivamente la pobreza elaborando políticas y programas eficaces. En particular, el Comité recomienda al Estado parte que dé prioridad a las

políticas destinadas a generar ingresos y que ponga en práctica su Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, adoptada en 2004, garantizando el disfrute pleno de los derechos económicos, sociales y culturales, como recomendó el Comité en su Declaración sobre la Pobreza y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/2001/10).

21. Preocupa al Comité el alto índice de malnutrición que afecta a un número considerable de niños y mujeres, en particular en los grupos de desplazados internos, y a las personas que viven en las zonas rurales.

El Comité recomienda encarecidamente al Estado parte que adopte una política alimentaria nacional efectiva para combatir el hambre y la malnutrición, en particular entre los niños, las mujeres, los desplazados internos y las personas que viven en las zonas rurales.

22. Preocupa al Comité que la política de fomento de los productos agrícolas de exportación, como los agrocombustibles, pueda privar a los agricultores de la posibilidad de cultivar sus tierras. El Comité expresa también su preocupación por la desigual distribución de las tierras, en posesión de una minoría de la población, y por la ausencia de una reforma agraria genuina que responda a las recomendaciones formuladas anteriormente por el Comité en sus observaciones finales (art. 11).

El Comité recomienda al Estado parte que formule políticas agrarias que den prioridad a la producción de alimentos; ponga en práctica programas de protección de la producción alimentaria nacional mediante la concesión de incentivos a los pequeños productores; y garantice la restitución de las tierras de las que fueron desposeídos los pueblos indígenas y afrocolombianos, así como las comunidades de campesinos.

23. Preocupa al Comité que el acceso al agua potable y al saneamiento no sea universal y que en algunas zonas rurales, especialmente en el Chocó, casi el 90% de la población carezca de acceso al agua potable.

El Comité insta al Estado parte a que adopte una política nacional del agua para garantizar el acceso universal al agua potable, especialmente de las personas que viven en las zonas rurales.

24. Al Comité le preocupa el déficit de vivienda cuantitativo y cualitativo de que adolece el Estado parte, y el hacinamiento generalizado en las viviendas de las personas y familias desfavorecidas y marginadas. Preocupa también al Comité que se ofrezca a los desplazados internos alojamiento temporal inadecuado. Preocupa además al Comité que en el Estado parte se hayan generalizado los desalojos forzados, en particular los de las familias de desplazados internos (art. 11).

Teniendo en cuenta su Observación general Nº 4, el Comité recomienda al Estado parte que adopte una estrategia nacional encaminada a proporcionar a la población soluciones de vivienda sostenibles; adopte medidas inmediatas para garantizar el acceso a una vivienda adecuada, en particular para las personas y familias desfavorecidas y marginadas, entre ellas los desplazados internos y los pueblos indígenas y afrocolombianos. El Comité insta al Estado parte a que adopte medidas concretas, en particular aprobando un marco jurídico adecuado que garantice que se proporcionen alternativas de alojamiento o indemnización a quienes hayan sido desalojados por la fuerza, de conformidad con las directrices aprobadas por el Comité en su Observación general Nº 7. El Comité también insta al Estado parte a que en su próximo informe periódico proporcione información detallada sobre el alcance de la falta de vivienda en el Estado parte y las medidas concretas adoptadas para hacer frente a este problema.

25. Al Comité le preocupa que la mortalidad materna e infantil siga siendo muy elevada y persistente en el Estado parte, en particular en las zonas rurales y entre los pueblos indígenas en Amazonas y Antioquia y los pueblos afrocolombianos en las costas del Pacífico y del Atlántico, debi-

do a las dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud (art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte que intensifique su política de salud pública, para garantizar a todos, en particular a los pueblos indígenas y afrocolombianos y a las personas que viven en zonas rurales, el acceso universal a los servicios de atención de la salud. El Comité también recomienda al Estado parte que adopte todas las medidas necesarias para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a las personas que viven en la pobreza.

26. El Comité está muy preocupado por la creciente tasa de embarazos en la adolescencia y la falta de servicios adecuados y accesibles de salud sexual y reproductiva, en particular en las zonas rurales y entre los desplazados internos (art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte que garantice la educación sexual y reproductiva en las escuelas. También recomienda al Estado parte que incremente los recursos asignados a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en las zonas rurales y entre los desplazados internos, y lleve a cabo una estrategia proactiva para prevenir los embarazos precoces.

27. El Comité está preocupado por la elevada tasa de consumo de drogas en el Estado parte, en particular entre los adolescentes, y por sus efectos negativos sobre la salud de las personas, así como sus repercusiones en la atención de la salud pública (art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte que en sus políticas de salud pública y educación incluya programas de lucha contra el consumo de drogas, en particular campañas de información sobre los efectos negativos del uso de estupefacientes.

28. El Comité observa con profunda preocupación que la producción y el tráfico de drogas persiste en el Estado parte y, a pesar de los esfuerzos realizados para erradicar la producción ilícita de coca, que éste sigue siendo un importante procesador y exportador de cocaína. El Comité también observa con preocupación la violencia resultante del narcotráfico; el desplazamiento interno en gran escala; la corrupción generalizada; las consecuencias negativas de las medidas de lucha contra los estupefacientes, como las repercusiones de las fumigaciones aéreas en la seguridad alimentaria, que tienen efectos adversos para la salud y privan a la población de sus medios de subsistencia; y que las ganancias de esta economía ilícita financian a todas las partes del conflicto armado interno en el Estado parte (arts. 11, 12).

El Comité recomienda al Estado parte que incorpore los derechos económicos, sociales y culturales en la estrategia de lucha contra el tráfico de drogas.

En este sentido, el Estado parte debería asignar recursos considerables para:

- a) Velar por la transparencia y la rendición de cuentas en los esfuerzos de lucha contra el tráfico de drogas;
- b) Llevar a cabo actividades de desarrollo alternativas y sostenibles para los agricultores que participan actualmente en la producción ilícita de coca;
- c) Mejorar el Programa presidencial de lucha contra la corrupción, enjuiciar y condenar a los responsables, incluidos los funcionarios estatales y locales;
- d) Fortalecer y reformar las instituciones locales, en particular la policía y el poder judicial.

El Comité recuerda al Estado parte que las medidas de lucha contra el tráfico de drogas no deben acarrear consecuencias negativas sobre el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales.

29. Preocupa al Comité que el acceso a la enseñanza gratuita y obligatoria no esté totalmente garantizado, ya que las familias siguen pagando, en función de sus ingresos, por los servicios educativos que reciben, como los informes sobre exámenes escolares, los carnés, los certificados y el uso de los equipos (arts. 13 y 14).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas inmediatas para garantizar el acceso no discriminatorio de todos los niños a la enseñanza primaria gratuita y obligatoria.

30. Al Comité le inquieta la elevada tasa de analfabetismo entre los jóvenes y adultos del Estado parte, en particular entre los grupos desfavorecidos y marginados, así como en las zonas rurales (arts. 13 y 14).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte todas las medidas necesarias para eliminar el analfabetismo, entre otras cosas organizando campañas, en especial entre los pueblos indígenas y afrocolombianos, así como en las zonas rurales, para sensibilizar a los padres sobre la importancia de la educación de sus hijos.

31. El Comité alienta al Estado parte a reanudar el proceso de elaboración del Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, en consulta con los diferentes interesados.
32. El Comité alienta al Estado parte a que considere la posibilidad de ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
33. El Comité pide al Estado parte que dé amplia difusión a las presentes observaciones finales en todos los niveles de la sociedad, en particular entre los funcionarios públicos, los órganos judiciales y las organizaciones de la sociedad civil, que las traduzca y publique lo más pronto posible y que en su próximo informe periódico dé cuenta al Comité de las medidas que haya adoptado para ponerlas en práctica. También alienta al Estado parte a que siga recabando la participación de las instituciones nacionales de derechos humanos, las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil en el proceso de debate nacional previo a la presentación de su próximo informe periódico.
34. El Comité invita al Estado parte a que actualice su documento básico de conformidad con los requisitos del documento básico común enunciados en las directrices armonizadas para la presentación de informes.
35. El Comité pide al Estado parte que presente su sexto informe periódico, preparado con arreglo a las directrices revisadas del Comité para la presentación de informes aprobadas en 2008 (E/C.12/2008/2), a más tardar el 30 de junio de 2015.





# **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## **Preámbulo**

**Los Estados Partes en la presente Convención,**

- a) Recordando que los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,
- b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,
- c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,
- d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,
- e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,
- f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,
- g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,
- h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,
- i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,
- j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,
- k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos hu-

manos en todas las partes del mundo,

- l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,
- m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,
- n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,
- o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,
- p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,
- q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,
- r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,
- s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,
- t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,
- u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,
- v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,
- w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional

de Derechos Humanos,

- x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,
- y) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Convienen en lo siguiente :

## **Artículo 1**

### **Propósito**

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

## **Artículo 2**

### **Definiciones**

#### **A los fines de la presente Convención:**

La "comunicación" incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por "lenguaje" se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por "discriminación por motivos de discapacidad" se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por "ajustes razonables" se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por "diseño universal" se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

## **Artículo 3**

### **Principios generales**

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

## **Artículo 4**

### **Obligaciones generales**

- 1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:
  - a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
  - b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
  - c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
  - d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
  - e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discriminen por motivos de discapacidad;
  - f) Emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;
  - g) Emprender o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
  - h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre

- ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
- i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.
  - 2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.
  - 3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.
  - 4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.
  - 5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

## Artículo 5

### Igualdad y no discriminación

- Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella, y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
- Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
- A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
- No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

## Artículo 6

### Mujeres con discapacidad

- Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que pue-

dan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

- Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

## **Artículo 7**

### **Niños y niñas con discapacidad**

- Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
- En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
- Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

## **Artículo 8**

### **Toma de conciencia**

- Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:
  - a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
  - b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
  - c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.
- Las medidas a este fin incluyen:
  - a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
    - i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
    - ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
    - iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
  - b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;

- c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;
- d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

## Artículo 9

### Accesibilidad

- A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:
  - a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
  - b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.
- Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:
  - a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
  - b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
  - c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
  - d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
  - e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
  - f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
  - g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
  - h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

## Artículo 10

### Derecho a la vida

{ 86 } Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán

todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

## **Artículo 11**

### **Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias**

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas posibles para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

## **Artículo 12**

### **Igual reconocimiento como persona ante la ley**

- Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
- Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
- Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos, por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

## **Artículo 13**

### **Acceso a la justicia**

- Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.
- A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración

de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

## **Artículo 14**

### **Libertad y seguridad de la persona**

- Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:
  - a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
  - b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.
- Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

## **Artículo 15**

### **Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**

- Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento libre e informado.
- Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

## **Artículo 16**

### **Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.
- Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.
- A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.
- Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación

física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

- Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

## **Artículo 17**

### **Protección de la integridad personal**

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

## **Artículo 18**

### **Libertad de desplazamiento y nacionalidad**

- Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:
  - a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
  - b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
  - c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;
  - d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.
- Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

## **Artículo 19**

### **Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad**

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas

- a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
  - c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

## Artículo 20

### Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;
- b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;
- c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

## Artículo 21

### Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

- a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formato accesible y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;
- b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;
- c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;
- d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;

- e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

## **Artículo 22**

### **Respeto de la privacidad**

- Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.
- Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

## **Artículo 23**

### **Respeto del hogar y de la familia**

- Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:
  - a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;
  - b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;
  - c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.
- Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.
- Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.
- Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

- Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

## Artículo 24

### Educación

- Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:
  - a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
  - b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
  - c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.
- Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:
  - a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
  - b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
  - c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
  - d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
  - e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.
- Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:
  - a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;
  - b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;
  - c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

- A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.
- Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

## **Artículo 25**

### **Salud**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

## **Artículo 26**

### **Habilitación y rehabilitación**

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad

puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.
2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.
3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

## Artículo 27

### Trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:
  - a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
  - b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
  - c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
  - d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
  - e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
  - f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
  - g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;

- h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
  - i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
  - j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
  - k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.
2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

## **Artículo 28**

### **Nivel de vida adecuado y protección social**

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.
- 2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:
  - a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
  - b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
  - c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que viven en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
  - d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
  - e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

## **Artículo 29**

### **Participación en la vida política y pública**

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

- a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en

la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:

- i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
  - ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;
  - iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;
- b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:
- i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;
  - ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

## Artículo 30

### Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:
  - a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;
  - b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;
  - c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.
2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.
3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.
5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:
  - a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;
  - b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;
  - c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;
  - d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;
  - e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

## **Artículo 31**

### **Recopilación de datos y estadísticas**

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:
  - a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;
  - b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.
2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.
3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

## **Artículo 32**

### **Cooperación internacional**

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la

presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

- a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;
  - b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;
  - c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;
  - d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.
2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

## **Artículo 33**

### **Aplicación y seguimiento nacionales**

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.
2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.
3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

## **Artículo 34**

### **Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad**

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, "el Comité") que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación .
2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.
3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candida-

tos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.
5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.
6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.
7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.
8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.
9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.
10. El Comité adoptará su propio reglamento.
11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.
12. Con la aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.
13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

## **Artículo 35**

### **Informes presentados por los Estados Partes**

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.
2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.
3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.
4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando准备n informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.
5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

## **Artículo 36**

### **Consideración de los informes**

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Éste podrá responder enviando al Comité cualquier información que deseé. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.
2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.
3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.
4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.
5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

## **Artículo 37**

### **Cooperación entre los Estados Partes y el Comité**

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.
2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

## **Artículo 38**

### **Relación del Comité con otros órganos**

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

- a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entran dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entran dentro de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entran dentro de su ámbito de actividades;
- b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

## **Artículo 39**

### **Informe del Comité**

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

## **Artículo 40**

### **Conferencia de los Estados Partes**

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General de las Naciones Unidas.

## **Artículo 41**

### **Depositario**

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

## **Artículo 42**

### **Firma**

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

## **Artículo 43**

### **Consentimiento en obligarse**

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

## **Artículo 44**

### **Organizaciones regionales de integración**

1. Por "organización regional de integración" se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por esta Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.
2. Las referencias a los "Estados Partes" con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.
3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.
4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

## **Artículo 45**

### **Entrada en vigor**

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.
2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

## **Artículo 46**

### **Reservas**

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.
2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

## **Artículo 47**

### **Enmiendas**

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.
2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.
3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

## **Artículo 48**

### **Denuncia**

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

## **Artículo 49**

### **Formato accesible**

El texto de la presente Convención se difundirá en formato accesible.

## **Artículo 50**

### **Textos auténticos**

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos.

En testimonio de lo cual , los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.



**Convención sobre  
los derechos de  
las personas con  
discapacidad**

Distr.  
GENERAL

19 de mayo de 2014

Español  
Original: Inglés

---

**COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE  
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

11º período de sesiones  
31 de marzo a 11 de abril de 2014

---

**OBSERVACIÓN GENERAL N° 1 (2014)**

**Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley**

## I. INTRODUCCIÓN

1. La igualdad ante la ley es un principio básico general de la protección de los derechos humanos y es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos garantizan específicamente el derecho a la igualdad ante la ley. En el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se describe en mayor profundidad el contenido de ese derecho civil, centrándose en las esferas en que tradicionalmente se les ha denegado a las personas con discapacidad. En el artículo 12 no se establecen derechos adicionales para las personas con discapacidad; simplemente se describen los elementos específicos que los Estados partes deben tener en cuenta para garantizar a las personas con discapacidad el derecho a la igualdad ante la ley, en igualdad de condiciones con las demás.
2. Habida cuenta de la importancia de este artículo, el Comité facilitó la celebración de foros interactivos para discutir sobre la capacidad jurídica. Basándose en los intercambios sumamente provechosos sobre las disposiciones del artículo 12 en que participaron expertos, Estados partes, organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales, órganos encargados de vigilar la aplicación de tratados, instituciones nacionales de derechos humanos y organismos de las Naciones Unidas, el Comité consideró imperativo ofrecer orientaciones adicionales en una observación general.
3. Sobre la base de los informes iniciales de distintos Estados partes que ha examinado hasta la fecha, el Comité observa que hay un malentendido general acerca del alcance exacto de las obligaciones de los Estados partes en virtud del artículo 12 de la Convención. Ciertamente, no se ha comprendido en general que el modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos implica pasar del paradigma de la adopción de decisiones sustitutiva a otro que se base en el apoyo para tomarlas. El objetivo de la presente observación general es analizar las obligaciones generales que se derivan de los diversos componentes del artículo 12.
4. La presente observación general refleja una interpretación del artículo 12 que se funda en los principios generales de la Convención expuestos en el artículo 3, a saber, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.
5. La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad especifican que el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley es operativo “en todas partes”. En otras palabras, con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos no hay ninguna circunstancia que permita privar a una persona del derecho al reconocimiento como tal ante la ley, o que permita limitar ese derecho. Esto se ve reforzado por el artículo 4, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que establece que no es posible suspender ese derecho ni siquiera en situaciones excepcionales. Aunque en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad no se especifica una prohibición equivalente de suspender el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley, la disposición del Pacto Internacional ofrece esa protección en virtud del artículo 4, párrafo 4, de la Convención, en el que se establece que las disposiciones de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad no derogan las normas de derecho internacional en vigor.

6. El derecho a la igualdad ante la ley se refleja también en otros tratados internacionales y regionales fundamentales de derechos humanos. El artículo 15 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer garantiza la igualdad de la mujer ante la ley y exige que se reconozca a la mujer una capacidad jurídica idéntica a la del hombre, en particular para firmar contratos, administrar bienes y ejercer sus derechos en el sistema de justicia. El artículo 3 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos establece el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley y a gozar de igual protección de la ley. El artículo 3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos consagra el derecho a la personalidad jurídica y el derecho de toda persona a ser reconocida como tal ante la ley.
7. Los Estados partes deben examinar de manera holística todas las esferas de la legislación para asegurarse de que el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad no esté limitado de modo distinto al de las demás personas. Históricamente, las personas con discapacidad se han visto privadas en muchas esferas, de manera discriminatoria, de su derecho a la capacidad jurídica, en virtud de regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones, como la tutela, la curaduría y las leyes sobre la salud mental que permiten el tratamiento forzoso. Esas prácticas deben ser abolidas, a fin de que las personas con discapacidad recobren la plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás.
8. El artículo 12 de la Convención afirma que todas las personas con discapacidad tienen plena capacidad jurídica. Esa capacidad ha sido negada de forma discriminatoria a muchos grupos a lo largo de la historia, como las mujeres (sobre todo al contraer matrimonio) y las minorías étnicas. Sin embargo, las personas con discapacidad siguen siendo el grupo al que más comúnmente se le niega la capacidad jurídica en los ordenamientos jurídicos de todo el mundo. El derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley entraña que la capacidad jurídica es un atributo universal inherente a todas las personas en razón de su condición humana y debe mantenerse para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás. La capacidad jurídica es indispensable para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y adquiere una importancia especial para las personas con discapacidad cuando tienen que tomar decisiones fundamentales con respecto a su salud, su educación y su trabajo. En muchos casos, la negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad ha hecho que se vean privadas de muchos derechos fundamentales, como el derecho de voto, el derecho a casarse y fundar una familia, los derechos reproductivos, la patria potestad, el derecho a otorgar su consentimiento para las relaciones íntimas y el tratamiento médico y el derecho a la libertad.
9. Todas las personas con discapacidad, incluidas las que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, pueden verse afectadas por la negación de la capacidad jurídica y la sustitución en la adopción de decisiones. No obstante, los regímenes basados en la adopción de decisiones sustitutiva y la negación de la capacidad jurídica han afectado y siguen afectando de manera desproporcionada a las personas con discapacidad cognitiva o psicosocial. El Comité reafirma que el hecho de que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia (incluidas las deficiencias físicas o sensoriales) no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica ni ninguno de los derechos establecidos en el artículo 12. Todas las prácticas cuyo propósito o efecto sea violar el artículo 12 deben ser abolidas, a fin de que las personas con discapacidad recobren la plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás.
10. La presente Observación general se centra principalmente en el contenido normativo del artículo 12 y en las obligaciones que de él se derivan para los Estados. El Comité seguirá trabajando en esta esfera para ofrecer nuevas orientaciones fundamentales sobre los derechos y

obligaciones que dimanan del artículo 12 en las observaciones finales, las observaciones generales y otros documentos que elabore en el futuro.

## **II. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12**

### **Artículo 12, párrafo 1**

11. En el artículo 12, párrafo 1, se reafirma que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica. Esto garantiza que todo ser humano sea respetado como una persona titular de personalidad jurídica, lo que es un requisito indispensable para que se reconozca la capacidad jurídica de la persona.

### **Artículo 12, párrafo 2**

12. En el artículo 12, párrafo 2, se reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. La capacidad jurídica incluye la capacidad de ser titular de derechos y la de actuar en derecho. La capacidad jurídica de ser titular de derechos concede a la persona la protección plena de sus derechos por el ordenamiento jurídico. La capacidad jurídica de actuar en derecho reconoce a esa persona como actor facultado para realizar transacciones y para crear relaciones jurídicas, modificarlas o ponerles fin. El derecho al reconocimiento como actor jurídico está establecido en el artículo 12, párrafo 5, de la Convención, en el que se expone la obligación de los Estados partes de tomar “todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y [velar] por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria”.
13. La capacidad jurídica y la capacidad mental son conceptos distintos. La capacidad jurídica es la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones (capacidad legal) y de ejercer esos derechos y obligaciones (legitimación para actuar). Es la clave para acceder a una participación verdadera en la sociedad. La capacidad mental se refiere a la aptitud de una persona para adoptar decisiones, que naturalmente varía de una persona a otra y puede ser diferente para una persona determinada en función de muchos factores, entre ellos factores ambientales y sociales. En instrumentos jurídicos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 6), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 16) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (art. 15) no se especifica la distinción entre capacidad mental y capacidad jurídica. El artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en cambio, deja en claro que el “desequilibrio mental” y otras denominaciones discriminatorias no son razones legítimas para denegar la capacidad jurídica (ni la capacidad legal ni la legitimación para actuar). En virtud del artículo 12 de la Convención, los déficits en la capacidad mental, ya sean supuestos o reales, no deben utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica.
14. La capacidad jurídica es un derecho inherente reconocido a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad. Como se señaló anteriormente, tiene dos facetas. La primera es la capacidad legal de ser titular de derechos y de ser reconocido como persona jurídica ante la ley. Ello puede incluir, por ejemplo, el hecho de tener una partida de nacimiento, de poder buscar asistencia médica, de estar inscrito en el registro electoral o de poder solicitar un pa-

saporte. La segunda es la legitimación para actuar con respecto a esos derechos y el reconocimiento de esas acciones por la ley. Este es el componente que frecuentemente se deniega o reduce en el caso de las personas con discapacidad. Por ejemplo, las leyes pueden permitir que las personas con discapacidad posean bienes, pero no siempre respetan las medidas que adopten para comprarlos o venderlos. La capacidad jurídica significa que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tienen la capacidad legal y la legitimación para actuar simplemente en virtud de su condición de ser humano. Por consiguiente, para que se cumpla el derecho a la capacidad jurídica deben reconocerse las dos facetas de esta; esas dos facetas no pueden separarse. El concepto de capacidad mental es, de por sí, muy controvertido. La capacidad mental no es, como se presenta comúnmente, un fenómeno objetivo, científico y natural, sino que depende de los contextos sociales y políticos, al igual que las disciplinas, profesiones y prácticas que desempeñan un papel predominante en su evaluación.

15. En la mayoría de los informes de los Estados partes que el Comité ha examinado hasta la fecha se mezclan los conceptos de capacidad mental y capacidad jurídica, de modo que, cuando se considera que una persona tiene una aptitud deficiente para adoptar decisiones, a menudo a causa de una discapacidad cognitiva o psicosocial, se le retira en consecuencia su capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta. Esto se decide simplemente en función del diagnóstico de una deficiencia ( criterio basado en la condición), o cuando la persona adopta una decisión que tiene consecuencias que se consideran negativas ( criterio basado en los resultados), o cuando se considera que la aptitud de la persona para adoptar decisiones es deficiente ( criterio funcional). El criterio funcional supone evaluar la capacidad mental y denegar la capacidad jurídica si la evaluación lo justifica. A menudo se basa en si la persona puede o no entender la naturaleza y las consecuencias de una decisión y/o en si puede utilizar o sopesar la información pertinente. Este criterio es incorrecto por dos motivos principales: a) porque se aplica en forma discriminatoria a las personas con discapacidad; y b) porque presupone que se pueda evaluar con exactitud el funcionamiento interno de la mente humana y, cuando la persona no supera la evaluación, le niega un derecho humano fundamental, el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley. En todos esos criterios, la discapacidad de la persona o su aptitud para adoptar decisiones se consideran motivos legítimos para negar la capacidad jurídica y rebajar su condición como persona ante la ley. El artículo 12 no permite negar la capacidad jurídica de ese modo discriminatorio, sino que exige que se proporcione apoyo en su ejercicio.

### **Artículo 12, párrafo 3**

16. En el artículo 12, párrafo 3, se reconoce que los Estados partes tienen la obligación de proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que sea preciso para el ejercicio de su capacidad jurídica. Los Estados partes no deben negar a las personas con discapacidad su capacidad jurídica, sino que deben proporcionarles acceso al apoyo que necesiten para tomar decisiones que tengan efectos jurídicos.
17. El apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica debe respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad y nunca debe consistir en decidir por ellas. En el artículo 12, párrafo 3, no se especifica cómo debe ser el apoyo. "Apoyo" es un término amplio que engloba arreglos oficiales y oficiosos, de distintos tipos e intensidades. Por ejemplo, las personas con discapacidad pueden escoger a una o más personas de apoyo en las que confíen para que les ayuden a ejercer su capacidad jurídica respecto de determinados tipos de decisiones, o pueden recurrir a otras formas de apoyo, como el apoyo entre pares, la defensa de sus intereses (incluido el apoyo para la defensa de los intereses propios) o la asistencia

para comunicarse. El apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica puede incluir medidas relacionadas con el diseño universal y la accesibilidad —por ejemplo, la exigencia de que las entidades privadas y públicas, como los bancos y las instituciones financieras, proporcionen información en un formato que sea comprensible u ofrezcan interpretación profesional en la lengua de señas—, a fin de que las personas con discapacidad puedan realizar los actos jurídicos necesarios para abrir una cuenta bancaria, celebrar contratos o llevar a cabo otras transacciones sociales. El apoyo también puede consistir en la elaboración y el reconocimiento de métodos de comunicación distintos y no convencionales, especialmente para quienes utilizan formas de comunicación no verbales para expresar su voluntad y sus preferencias. Para muchas personas con discapacidad, la posibilidad de planificar anticipadamente es una forma importante de apoyo por la que pueden expresar su voluntad y sus preferencias, que deben respetarse si llegan a encontrarse en la imposibilidad de comunicar sus deseos a los demás. Todas las personas con discapacidad tienen el derecho de planificar anticipadamente, y se les debe dar la oportunidad de hacerlo en condiciones de igualdad con las demás. Los Estados partes pueden ofrecer diversas formas de mecanismos de planificación anticipada para tener en cuenta las distintas preferencias, pero todas las opciones deben estar exentas de discriminación. Debe prestarse apoyo a la persona que así lo desee para llevar a cabo un proceso de planificación anticipada. El momento en que una directiva dada por anticipado entra en vigor (y deja de tener efecto) debe ser decidido por la persona e indicado en el texto de la directiva; no debe basarse en una evaluación de que la persona carece de capacidad mental.

18. El tipo y la intensidad del apoyo que se ha de prestar variará notablemente de una persona a otra debido a la diversidad de las personas con discapacidad. Esto es acorde con lo dispuesto en el artículo 3 d), en el que se mencionan, entre los principios generales de la Convención, “el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas”. En todo momento, incluso en situaciones de crisis, deben respetarse la autonomía individual y la capacidad de las personas con discapacidad de adoptar decisiones.
19. Algunas personas con discapacidad solo buscan que se les reconozca su derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, conforme a lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 2, de la Convención, y pueden no desear ejercer su derecho a recibir el apoyo previsto en el artículo 12, párrafo 3.

## **Artículo 12, párrafo 4**

20. En el artículo 12, párrafo 4, se describen las salvaguardias con que debe contar un sistema de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica. El artículo 12, párrafo 4, debe interpretarse en conjunción con el resto del artículo 12 y con toda la Convención. En este párrafo se exige a los Estados partes que creen salvaguardias adecuadas y efectivas para el ejercicio de la capacidad jurídica. El objetivo principal de esas salvaguardias debe ser garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona. Para lograrlo, las salvaguardias deben proporcionar protección contra los abusos, en igualdad de condiciones con las demás personas.
21. Cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad y las preferencias de una persona, la determinación del “interés superior” debe ser sustituida por la “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias”. Ello respeta los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, de conformidad con el artículo 12,

párrafo 4. El principio del “interés superior” no es una salvaguardia que cumpla con el artículo 12 en relación con los adultos. El paradigma de “la voluntad y las preferencias” debe reemplazar al del “interés superior” para que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la capacidad jurídica en condiciones de igualdad con los demás.

22. Aunque todas las personas pueden ser objeto de “influencia indebida”, este riesgo puede verse exacerbado en el caso de aquellas que dependen del apoyo de otros para adoptar decisiones. Se considera que hay influencia indebida cuando la calidad de la interacción entre la persona que presta el apoyo y la que lo recibe presenta señales de miedo, agresión, amenaza, engaño o manipulación. Las salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica deben incluir la protección contra la influencia indebida; sin embargo, la protección debe respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, incluido el derecho a asumir riesgos y a cometer errores.

### **Artículo 12, párrafo 5**

23. El artículo 12, párrafo 5, obliga a los Estados partes a adoptar medidas, con inclusión de medidas legislativas, administrativas y judiciales y otras medidas prácticas, para garantizar los derechos de las personas con discapacidad en lo que respecta a las cuestiones financieras y económicas, en igualdad de condiciones con las demás. Tradicionalmente se ha negado a las personas con discapacidad el acceso a las finanzas y la propiedad sobre la base del modelo médico de la discapacidad. Este criterio de negar a las personas con discapacidad la capacidad jurídica para las cuestiones financieras debe sustituirse por el apoyo para ejercer la capacidad jurídica, de acuerdo con el artículo 12, párrafo 3. De la misma manera que no se puede utilizar el género como base para discriminar en las esferas de las finanzas y la propiedad<sup>1</sup>, tampoco se puede usar la discapacidad.

## **III. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES**

24. Los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y hacer realidad el derecho de todas las personas con discapacidad al igual reconocimiento como persona ante la ley. A este respecto, los Estados partes deben abstenerse de cualquier actuación que prive a las personas con discapacidad del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley. Los Estados partes deben adoptar medidas para impedir que agentes no estatales y particulares interfieran en la capacidad de las personas con discapacidad de hacer efectivos sus derechos humanos, incluido el derecho a la capacidad jurídica, y de disfrutarlos. Uno de los objetivos del apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica es fomentar la confianza y las aptitudes de las personas con discapacidad de modo que puedan ejercer su capacidad jurídica con menos apoyo en el futuro, si así lo desean. Los Estados partes tienen la obligación de impartir capacitación a las personas que reciben apoyo para que puedan decidir cuándo necesitan menos apoyo o cuándo ya no lo necesitan en el ejercicio de su capacidad jurídica.
25. Para reconocer plenamente la “capacidad jurídica universal”, en virtud de la cual todas las personas, con independencia de su discapacidad o de su aptitud para adoptar decisiones, poseen una capacidad jurídica inherente, los Estados partes deben dejar de negar la capacidad jurídica cuando el propósito o efecto de esa negación sea una discriminación por motivos de discapacidad<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Véase la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 13 b).

<sup>2</sup> Véase la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 2, en conjunción con el art. 5.

26. En sus observaciones finales sobre los informes iniciales de los Estados partes, en relación con el artículo 12, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha declarado en repetidas ocasiones que los Estados partes deben “examinar las leyes que regulan la guarda y la tutela y tomar medidas para elaborar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones por un apoyo para la adopción de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona”.
27. Los regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones pueden revestir muchas formas diferentes, entre ellas la tutela plena, la interdicción judicial y la tutela parcial. Sin embargo, todos esos regímenes tienen ciertas características en común: pueden describirse como sistemas en los que: i) se despoja a la persona de la capacidad jurídica, aunque sea con respecto a una única decisión; ii) puede nombrar al sustituto que tomará las decisiones alguien que no sea la persona concernida y ese nombramiento puede hacerse en contra de su voluntad; y iii) toda decisión adoptada por el sustituto en la adopción de decisiones se basa en lo que se considera el “interés superior” objetivo de la persona concernida, en lugar de basarse en su propia voluntad y sus preferencias.
28. La obligación de los Estados partes de reemplazar los regímenes basados en la adopción de decisiones sustitutiva por otros que se basen en el apoyo a la adopción de decisiones exige que se supriman los primeros y se elaboren alternativas para los segundos. Crear sistemas de apoyo a la adopción de decisiones manteniendo paralelamente los regímenes basados en la adopción de decisiones sustitutiva no basta para cumplir con lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención.
29. Un régimen de apoyo para la adopción de decisiones comprende diversas opciones de apoyo que dan primacía a la voluntad y las preferencias de la persona y respetan las normas de derechos humanos. El régimen debe proteger todos los derechos, incluidos los que se refieren a la autonomía (derecho a la capacidad jurídica, derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley, derecho a elegir dónde vivir, etc.) y los relativos a la protección contra el abuso y el maltrato (derecho a la vida, derecho a la integridad física, etc.). Además, los sistemas de apoyo para la adopción de decisiones no deben regular en exceso la vida de las personas con discapacidad. Aunque esos regímenes pueden adoptar muchas formas, todos deben incluir determinadas disposiciones esenciales para asegurar el cumplimiento del artículo 12 de la Convención, entre ellas las siguientes:
  - a) El apoyo para la adopción de decisiones debe estar disponible para todos. El grado de apoyo que necesite una persona, especialmente cuando es elevado, no debe ser un obstáculo para obtener apoyo en la adopción de decisiones.
  - b) Todas las formas de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, incluidas las formas más intensas, deben estar basadas en la voluntad y las preferencias de la persona, no en lo que se suponga que es su interés superior objetivo.
  - c) El modo de comunicación de una persona no debe ser un obstáculo para obtener apoyo en la adopción de decisiones, incluso cuando esa comunicación sea no convencional o cuando sea comprendida por muy pocas personas.
  - d) La persona o las personas encargadas del apoyo que haya escogido oficialmente la persona concernida deben disponer de un reconocimiento jurídico accesible, y los Estados tienen la obligación de facilitar la creación de apoyo, especialmente para las personas que estén aisladas y tal vez no tengan acceso a los apoyos que se dan de forma natural en las comunidades. Esto debe incluir un mecanismo para que los terceros comprueben la identidad de la persona encargada del apoyo, así como un mecanismo para que los terceros

impugnen la decisión de la persona encargada del apoyo si creen que no está actuando en consonancia con la voluntad y las preferencias de la persona concernida.

- e) A fin de cumplir con la prescripción enunciada en el artículo 12, párrafo 3, de la Convención de que los Estados partes deben adoptar medidas para “proporcionar acceso” al apoyo necesario, los Estados partes deben velar por que las personas con discapacidad puedan obtener ese apoyo a un costo simbólico o gratuitamente y por que la falta de recursos financieros no sea un obstáculo para acceder al apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica.
  - f) El apoyo en la adopción de decisiones no debe utilizarse como justificación para limitar otros derechos fundamentales de las personas con discapacidad, especialmente el derecho de voto, el derecho a contraer matrimonio, o a establecer una unión civil, y a fundar una familia, los derechos reproductivos, la patria potestad, el derecho a otorgar su consentimiento para las relaciones íntimas y el tratamiento médico y el derecho a la libertad.
  - g) La persona debe tener derecho a rechazar el apoyo y a poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento.
  - h) Deben establecerse salvaguardias para todos los procesos relacionados con la capacidad jurídica y el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica. El objetivo de las salvaguardias es garantizar que se respeten la voluntad y las preferencias de la persona.
  - i) La prestación de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica no debe depender de una evaluación de la capacidad mental; para ese apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica se requieren indicadores nuevos y no discriminatorios de las necesidades de apoyo.
30. El derecho a la igualdad ante la ley se reconoce desde hace mucho tiempo como un derecho civil y político, con raíces en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Los derechos civiles y políticos nacen en el momento de la ratificación, y los Estados partes deben adoptar medidas para hacerlos efectivos de inmediato. Como tales, los derechos establecidos en el artículo 12 se aplican desde el momento de la ratificación y deben hacerse efectivos inmediatamente. La obligación del Estado, establecida en el artículo 12, párrafo 3, de proporcionar acceso al apoyo necesario en el ejercicio de la capacidad jurídica es una obligación para dar efectividad al derecho civil y político de gozar de igual reconocimiento como persona ante la ley. La “efectividad progresiva” (art. 4, párr. 2) no se aplica a las disposiciones del artículo 12. Tras la ratificación de la Convención, los Estados partes deben comenzar inmediatamente a adoptar medidas para hacer realidad los derechos consagrados en el artículo 12. Esas medidas deben ser deliberadas, estar bien planificadas e incluir la consulta y la participación real de las personas con discapacidad y de sus organizaciones.

#### **IV. RELACIÓN CON OTRAS DISPOSICIONES DE LA CONVENCIÓN**

31. El reconocimiento de la capacidad jurídica está vinculado de manera indisoluble con el disfrute de muchos otros derechos humanos establecidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, entre ellos los siguientes: el derecho al acceso a la justicia (art. 13); el derecho a no ser internado contra su voluntad en una institución de salud mental y a no ser obligado a someterse a un tratamiento de salud mental (art. 14); el derecho al respeto de la integridad física y mental (art. 17); el derecho a la libertad de desplazamiento y a la nacionalidad (art. 18); el derecho a elegir dónde y con quién vivir (art. 19); el derecho a la libertad de expresión (art. 21); el derecho a casarse y fundar una familia (art. 23); el derecho a

dar su consentimiento para el tratamiento médico (art. 25); y el derecho a votar y a presentarse como candidato en las elecciones (art. 29). El no reconocimiento de la personalidad jurídica de la persona compromete notablemente su capacidad de reivindicar, ejercer y hacer cumplir esos derechos y muchos otros derechos establecidos en la Convención.

## **Artículo 5: Igualdad y no discriminación**

32. Para lograr el igual reconocimiento como persona ante la ley, no debe negarse la capacidad jurídica de modo discriminatorio. El artículo 5 de la Convención garantiza la igualdad de todas las personas ante la ley y en virtud de ella y el derecho a igual protección legal, y prohíbe expresamente toda discriminación por motivos de discapacidad. La discriminación por motivos de discapacidad se define en el artículo 2 de la Convención como “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. La negación de la capacidad jurídica con el propósito o el efecto de obstaculizar el derecho de las personas con discapacidad al igual reconocimiento como persona ante la ley es una violación de los artículos 5 y 12 de la Convención. Los Estados pueden limitar la capacidad jurídica de una persona en determinadas circunstancias, como la quiebra o una condena penal. Sin embargo, el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y a no sufrir discriminación exige que cuando el Estado niegue la capacidad jurídica, lo haga aplicando los mismos motivos a todas las personas. La negación de la capacidad jurídica no debe basarse en un rasgo personal como el género, la raza o la discapacidad, ni tener el propósito o el efecto de tratar a esas personas de manera diferente.
33. La no discriminación en el reconocimiento de la capacidad jurídica restablece la autonomía y respeta la dignidad humana de la persona, en consonancia con los principios consagrados en el artículo 3 a) de la Convención. La libertad de tomar las propias decisiones exige casi siempre el goce de capacidad jurídica. La independencia y la autonomía incluyen la facultad de lograr que se respeten jurídicamente las propias decisiones. La necesidad de apoyo y de ajustes razonables para adoptar decisiones no se utilizará para poner en duda la capacidad jurídica de la persona. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas (art. 3 d) son incompatibles con una concesión de la capacidad jurídica basada en la asimilación.
34. La no discriminación incluye el derecho a obtener ajustes razonables en el ejercicio de la capacidad jurídica (art. 5, párr. 3). Los ajustes razonables se definen en el artículo 2 de la Convención como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. El derecho a obtener ajustes razonables en el ejercicio de la capacidad jurídica es independiente, y complementario, del derecho a recibir apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica. Los Estados partes están obligados a efectuar las modificaciones o adaptaciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica, salvo cuando impongan una carga desproporcionada o indebida. Esas modificaciones o adaptaciones pueden incluir, entre otras cosas, el acceso a los edificios esenciales, como los tribunales, bancos, oficinas de prestaciones sociales y lugares de votación; información accesible sobre las decisiones que tengan efectos jurídicos; y asistencia personal. El derecho a recibir apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica no se limitará esgrimiendo que constituye una carga desproporcionada o

indebida. El Estado tiene la obligación absoluta de proporcionar acceso al apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica.

### **Artículo 6: Mujeres con discapacidad**

35. El artículo 15 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece la capacidad jurídica de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres, admitiendo así que el reconocimiento de la capacidad jurídica es esencial para el igual reconocimiento como persona ante la ley: “[l]os Estados partes reconocerán a la mujer, en materias civiles, una capacidad jurídica idéntica a la del hombre y las mismas oportunidades para el ejercicio de esa capacidad. En particular, le reconocerán a la mujer iguales derechos para firmar contratos y administrar bienes y le dispensarán un trato igual en todas las etapas del procedimiento en las cortes de justicia y los tribunales” (párr. 2). Esa disposición se aplica a todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad. En la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las mujeres con discapacidad pueden ser objeto de formas múltiples e intersectoriales de discriminación por motivos de género y de discapacidad. Por ejemplo, las mujeres con discapacidad presentan tasas elevadas de esterilización forzada, y con frecuencia se ven privadas del control de su salud reproductiva y de la adopción de decisiones al respecto, al darse por sentado que no son capaces de otorgar su consentimiento para las relaciones sexuales. Ciertas jurisdicciones tienen también tasas más altas de imposición de sustitutos en la adopción de decisiones para las mujeres que para los hombres. Por ello, es especialmente importante reafirmar que la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad debe ser reconocida en igualdad de condiciones con las demás personas.

### **Artículo 7: Niños y niñas con discapacidad**

36. Mientras que en el artículo 12 de la Convención se protege la igualdad ante la ley de todas las personas, con independencia de su edad, en el artículo 7 se reconoce que las capacidades de los niños y las niñas están en desarrollo y se exige que “en todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial [sea] la protección del interés superior del niño” (párr. 2) y que “su opinión [reciba] la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez” (párr. 3). Para cumplir con lo dispuesto en el artículo 12, los Estados partes deben examinar sus leyes a fin de asegurarse de que la voluntad y las preferencias de los niños y niñas con discapacidad sean respetadas en igualdad de condiciones con los demás niños.

### **Artículo 9: Accesibilidad**

37. Los derechos establecidos en el artículo 12 están estrechamente vinculados con las obligaciones de los Estados relativas a la accesibilidad (art. 9), porque el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley es necesario para que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida. El artículo 9 exige que se identifiquen y eliminen los obstáculos para acceder a las instalaciones o servicios abiertos u ofrecidos al público. La falta de acceso a la información y la comunicación y los servicios inaccesibles pueden, en la práctica, constituir obstáculos a la efectividad de la capacidad jurídica de algunas personas con discapacidad. Por consiguiente, los Estados partes deben garantizar la plena accesibilidad de todos los procedimientos para el ejercicio de la capacidad jurídica y de toda la información y comunicación correspondiente. Los Estados partes deben examinar sus leyes y prácticas para asegurarse de que el derecho a la capacidad jurídica y la accesibilidad sean efectivos.

## **Artículo 13: Acceso a la justicia**

38. Los Estados partes tienen la obligación de velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás. El reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica es esencial para el acceso a la justicia en muchos aspectos. Para que las personas con discapacidad puedan exigir el cumplimiento de sus derechos y obligaciones en igualdad de condiciones con las demás, debe reconocérseles la personalidad jurídica con la misma capacidad ante las cortes de justicia y los tribunales. Los Estados partes también deben velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a representación jurídica en igualdad de condiciones con las demás. Se ha determinado que en muchas jurisdicciones este es un problema, que debe solucionarse, entre otros medios, garantizando que las personas que vean obstaculizado su derecho a la capacidad jurídica tengan la oportunidad de impugnar esos obstáculos —en su propio nombre o por medio de su representante legal— y de defender sus derechos ante los tribunales. Con frecuencia se ha excluido a las personas con discapacidad del desempeño de funciones esenciales en el sistema de justicia, en calidad de abogados, jueces, testigos o miembros de un jurado.
39. Los agentes de policía, los trabajadores sociales y las otras personas que intervienen en las respuestas iniciales deben recibir formación para que sepan que las personas con discapacidad tienen personalidad jurídica plena y den el mismo crédito a sus denuncias y declaraciones que el que darían a las de personas sin discapacidad. Esto entraña la capacitación y sensibilización de los miembros de esas importantes profesiones. También se debe reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad para testificar en igualdad de condiciones con las demás. El artículo 12 de la Convención garantiza el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, incluida la capacidad de testificar en las actuaciones judiciales y administrativas y otras actuaciones jurídicas. Ese apoyo puede adoptar formas diversas, como el reconocimiento de distintos métodos de comunicación, la autorización de los testimonios por vídeo en determinadas situaciones, la realización de ajustes procesales, la prestación de servicios de interpretación profesional en lengua de señas y otros métodos de asistencia. También se debe impartir capacitación a los jueces y sensibilizarlos sobre su obligación de respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, con inclusión de su capacidad legal y de su legitimación para actuar.

## **Artículos 14 y 25: Libertad, seguridad y consentimiento**

40. El respeto del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás incluye el respeto de su derecho a la libertad y a la seguridad de la persona. La negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, es un problema habitual. Esa práctica constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención. Los Estados partes deben eliminar esas prácticas y establecer un mecanismo para examinar los casos en que se haya internado a personas con discapacidad en un entorno institucional sin su consentimiento expreso.
41. El derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (art. 25) incluye el derecho a la atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado. Los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento. En relación con el derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, los Estados partes tienen la obli-

gación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones, en nombre de ellas. Todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad. Ese personal debe garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas.

### **Artículos 15, 16 y 17: Respeto de la integridad personal y protección contra la tortura, la violencia, la explotación y el abuso**

42. Como ha afirmado el Comité en varias observaciones finales, el tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y una infracción del derecho a la integridad personal (art. 17), el derecho a la protección contra la tortura (art. 15) y el derecho a la protección contra la violencia, la explotación y el abuso (art. 16). Esa práctica niega la capacidad jurídica de una persona de elegir el tratamiento médico que ha de recibir y por lo tanto constituye una violación del artículo 12 de la Convención. En lugar de ello, los Estados partes deben respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad de adoptar decisiones en todo momento, también en situaciones de crisis; velar por que se proporcione información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles y por que se ofrezcan alternativas no médicas; y proporcionar acceso a apoyo independiente. Los Estados partes tienen la obligación de proporcionar acceso a apoyo para las decisiones relativas a los tratamientos psiquiátricos y otros tratamientos médicos. El tratamiento forzoso es un problema que afecta especialmente a las personas con discapacidad psicosocial e intelectual y otras discapacidades cognitivas. Los Estados partes deben eliminar las políticas y las disposiciones legislativas que permiten o perpetran el tratamiento forzoso, ya que este constituye una violación continua que se observa en la legislación sobre salud mental en todo el mundo, a pesar de los datos empíricos que indican que no es eficaz y de las opiniones de los usuarios de los sistemas de salud mental que han padecido sufrimientos y traumas profundos como consecuencia de tratamientos forzados. El Comité recomienda que los Estados partes vean por qué las decisiones relativas a la integridad física o mental de una persona solo se puedan adoptar con el consentimiento libre e informado de la persona en cuestión.

### **Artículo 18: Nacionalidad**

43. Como parte del derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en todas partes, las personas con discapacidad tienen derecho a un nombre y a que se inscriba su nacimiento (art. 18, párr. 2). Los Estados partes deben adoptar las medidas necesarias para que los niños y niñas con discapacidad sean inscritos al nacer. Ese derecho está establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 7); sin embargo, los niños y niñas con discapacidad tienen más probabilidades de no ser inscritos que los demás niños. Esto no solo los priva de la ciudadanía, sino que a menudo también los priva de acceso a la atención de salud y la educación y puede incluso conducir a su muerte. Puesto que no existe ningún registro oficial de su existencia, su muerte puede ocurrir con relativa impunidad.

### **Artículo 19: Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad**

44. Para hacer plenamente efectivos los derechos establecidos en el artículo 12, es imperativo que las personas con discapacidad tengan oportunidades de formar y expresar su voluntad y

preferencias, a fin de ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás. Esto significa que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de vivir de forma independiente en la comunidad y de hacer elecciones y tener control sobre su vida diaria, en igualdad de condiciones con las demás, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.

45. La interpretación del artículo 12, párrafo 3, a la luz del derecho a vivir en la comunidad (art. 19) supone que el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica debe proporcionarse mediante un enfoque basado en la comunidad. Los Estados partes deben reconocer que las comunidades son un recurso y un aliado en el proceso de comprender los tipos de apoyo necesarios para el ejercicio de la capacidad jurídica, incluida la información sobre las diversas opciones de apoyo. Los Estados partes deben reconocer que las redes sociales y el apoyo a las personas con discapacidad que se da de forma natural en la comunidad (como el que brindan los amigos, la familia y la escuela) son elementos esenciales para el apoyo en la adopción de decisiones. Esto es coherente con la importancia que se concede en la Convención a la inclusión y la participación plenas de las personas con discapacidad en la comunidad.
46. La segregación de las personas con discapacidad en instituciones sigue siendo un problema generalizado e insidioso que viola varios de los derechos garantizados en la Convención. El problema se ve agravado por la frecuente negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad, que permite que sean otros quienes otorguen su consentimiento para internarlos en entornos institucionales. Con frecuencia también se confiere a los directores de las instituciones la capacidad jurídica de las personas que residen en ellas. Esto deja todo el poder y el control sobre la persona en manos de la institución. A fin de cumplir lo dispuesto en la Convención y respetar los derechos humanos de las personas con discapacidad, se debe proceder a la desinstitucionalización, y todas las personas con discapacidad deben recobrar la capacidad jurídica y poder elegir dónde y con quién vivir (art. 19). La elección que haga la persona de dónde y con quién vivir no debe afectar a su derecho a acceder al apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica.

## **Artículo 22: Privacidad**

47. Los regímenes basados en la adopción de decisiones sustitutiva, además de ser incompatibles con el artículo 12 de la Convención, pueden también violar el derecho a la privacidad de las personas con discapacidad, ya que los sustitutos en la adopción de decisiones suelen tener acceso a una amplia gama de información personal y de otra índole sobre la persona. Al establecer los sistemas de apoyo para la adopción de decisiones, los Estados partes deben garantizar que quienes presten el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica respeten plenamente el derecho a la privacidad de las personas con discapacidad.

## **Artículo 29: Participación política**

48. La negación o la limitación de la capacidad jurídica han sido utilizadas para negar la participación política, especialmente el derecho de voto, a determinadas personas con discapacidad. Para hacer plenamente efectivo el reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida, es importante que se reconozca la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en la vida pública y política (art. 29). Esto significa que la capacidad de adoptar decisiones no puede justificar que se excluya a las personas con discapacidad del ejercicio de los derechos políticos, incluidos el derecho de voto, el derecho a presentarse como candidatas en las elecciones y el derecho a ser miembros de un jurado.
49. Los Estados partes tienen la obligación de proteger y promover el derecho de las personas con discapacidad de acceder al apoyo de su elección para emitir su voto en secreto y partici-

par sin discriminación en todas las elecciones y referendos. El Comité recomienda además a los Estados partes que garanticen el derecho de las personas con discapacidad a presentarse como candidatas en las elecciones, ejercer efectivamente cargos y desempeñar cualquier función pública en cualquier nivel de gobierno, con ajustes razonables y apoyo, cuando lo deseen, en el ejercicio de su capacidad jurídica.

## **V. APLICACIÓN EN EL PLANO NACIONAL**

50. Habida cuenta del contenido normativo y de las obligaciones que se han descrito en el presente documento, los Estados partes deben adoptar las medidas siguientes para asegurar la plena aplicación del artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad:
  - a) Reconocer a las personas con discapacidad como personas ante la ley, con personalidad jurídica y capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida, en igualdad de condiciones con las demás. Ello exige que se supriman los regímenes y mecanismos basados en la adopción de decisiones sustitutiva, que niegan la capacidad jurídica y que tienen el propósito o el efecto de discriminar a las personas con discapacidad. Se recomienda a los Estados partes que establezcan disposiciones legislativas que protejan el derecho a la capacidad jurídica de todas las personas en condiciones de igualdad.
  - b) Establecer, reconocer y proporcionar a las personas con discapacidad el acceso a una amplia gama de formas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica. Las salvaguardias para ese apoyo deben estar fundadas en el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad. El apoyo debe satisfacer los criterios enunciados en el párrafo 29 supra, que se refiere a las obligaciones de los Estados partes de cumplir con lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 3, de la Convención.
  - c) Celebrar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la elaboración y aplicación de la legislación y las políticas y en otros procesos de adopción de decisiones para dar efecto al artículo 12.
51. El Comité alienta a los Estados partes a que estudien y elaboren prácticas óptimas que respeten el derecho al igual reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, o destinen recursos al efecto.
52. Se alienta a los Estados partes a que elaboren mecanismos eficaces para combatir la adopción de decisiones substitutiva tanto formal como informal. A tal fin, el Comité insta a los Estados partes a que veleñ por que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de hacer elecciones reales en su vida y de desarrollar su personalidad, para apoyar el ejercicio de su capacidad jurídica. Esto incluye, entre otras cosas, oportunidades de crear redes sociales; oportunidades de trabajar y ganarse la vida en condiciones de igualdad con los demás; la posibilidad de elegir entre distintos lugares de residencia en la comunidad; y la inclusión en la educación en todos los niveles.

A muchacha  
tiene derecho  
A comer



ospital San rafael

Los niños tenemos  
derecho a atención  
medica

Los niños tenemos  
derecho a estudiar



# **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

**Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989**

**Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990,  
de conformidad con el artículo 49**

## **PREÁMBULO**

### **Los Estados Partes en la presente Convención,**

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclaman que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales,

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad,

Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento",

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional; las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing); y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado,

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración,

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño,

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

Han convenido en lo siguiente:

# **PARTE I**

## **Artículo 1**

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

## **Artículo 2**

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independiente-mente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimien-to o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las activi-tades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

## **Artículo 3**

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o priva-das de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislati-vos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean ne-cesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legis-lativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos en-cargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las au-toridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y com-petencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

## **Artículo 4**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los de-rechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máxi-mo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la coope-ración internacional.

## **Artículo 5**

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

## **Artículo 6**

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

## **Artículo 7**

1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

## **Artículo 8**

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.
2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

## **Artículo 9**

1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.
2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.
3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.
4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los

padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

### **Artículo 10**

1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.
2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 1 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y que estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

### **Artículo 11**

1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.
2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

### **Artículo 13**

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.
2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:
  - a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o
  - b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

## **Artículo 14**

1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.
3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

## **Artículo 15**

1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.
2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

## **Artículo 16**

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

## **Artículo 17**

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

- a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;
- b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;
- c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;
- d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;
- e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

## **Artículo 18**

1. Los Estados Partes pondrán el máximo esfuerzo en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbe a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

### **Artículo 19**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

### **Artículo 20**

1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.
2. Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños.
3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

### **Artículo 21**

Los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y:

- a) Velarán por que la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las que determinarán, con arreglo a las leyes y a los procedimientos aplicables y sobre la base de toda la información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y representantes legales y que, cuando así se requiera, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario;
- b) Reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen;

- c) Velarán por que el niño que haya de ser adoptado en otro país goce de salvaguardias y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen;
- d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella;
- e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de este marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

## **Artículo 22**

- 1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.
- 2. A tal efecto los Estados Partes cooperarán, en la forma que estimen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a todo niño refugiado y localizar a sus padres o a otros miembros de su familia, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención.

## **Artículo 23**

- 1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
- 2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
- 3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
- 4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médi-

co, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

### **Artículo 24**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
  - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
  - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
  - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
  - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
  - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
  - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

### **Artículo 25**

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

### **Artículo 26**

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

## **Artículo 27**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

## **Artículo 28**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:
  - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
  - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
  - c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
  - d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
  - e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.
2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.
3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de

enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

### **Artículo 29**

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
  - a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
  - b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
  - c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
  - d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
  - e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.
2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

### **Artículo 30**

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

### **Artículo 31**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

### **Artículo 32**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:
  - a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;

- b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;
- c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

### **Artículo 33**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sictotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

### **Artículo 34**

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

### **Artículo 35**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

### **Artículo 36**

Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

### **Artículo 37**

Los Estados Partes velarán por que:

- a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;
- b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda;
- c) Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;
- d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

## **Artículo 38**

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar por que se respeten las normas del derecho internacional humanitario que les sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.
2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.
3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad.
4. De conformidad con las obligaciones dimanadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

## **Artículo 39**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esta recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

## **Artículo 40**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.
2. Con este fin, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular:
  - a) Que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u omisiones que no estaban prohibidos por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron;
  - b) Que a todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:
    - i) Que se lo presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley;
    - ii) Que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o sus representantes legales, de los cargos que pesan contra él y que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa;
    - iii) Que la causa será dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado y, a menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño, teniendo en cuenta en

- particular su edad o situación y a sus padres o representantes legales;
- iv) Que no será obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interroguen a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad;
  - v) Si se considerare que ha infringido, en efecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ella, serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley;
  - vi) Que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;
  - vii) Que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.
3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpables de haber infringido esas leyes, y en particular:
    - a) El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;
    - b) Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.
  4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarden proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

## **Artículo 41**

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte; o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

## **PARTE II**

### **Artículo 42**

Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios eficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños.

### **Artículo 43**

1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.
2. El Comité estará integrado por dieciocho expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la presente Convención.<sup>1/</sup> Los miembros del

Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal, teniéndose debidamente en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.

3. Los miembros del Comité serán elegidos, en votación secreta, de una lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada Estado Parte podrá designar a una persona escogida entre sus propios nacionales.
4. La elección inicial se celebrará a más tardar seis meses después de la entrada en vigor de la presente Convención y ulteriormente cada dos años. Con cuatro meses, como mínimo, de antelación respecto de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán por orden alfabético todos los candidatos propuestos, con indicación de los Estados Partes que los hayan designado, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.
5. Las elecciones se celebrarán en una reunión de los Estados Partes convocada por el Secretario General en la Sede de las Naciones Unidas. En esa reunión, en la que la presencia de dos tercios de los Estados Partes constituirá quórum, las personas seleccionadas para formar parte del Comité serán aquellos candidatos que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.
6. Los miembros del Comité serán elegidos por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. El mandato de cinco de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección, el presidente de la reunión en que ésta se celebre elegirá por sorteo los nombres de esos cinco miembros.
7. Si un miembro del Comité fallece o dimite o declara que por cualquier otra causa no puede seguir desempeñando sus funciones en el Comité, el Estado Parte que propuso a ese miembro designará entre sus propios nacionales a otro experto para ejercer el mandato hasta su término, a reserva de la aprobación del Comité.
8. El Comité adoptará su propio reglamento.
9. El Comité elegirá su Mesa por un período de dos años.
10. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la Sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro lugar conveniente que determine el Comité. El Comité se reunirá normalmente todos los años. La duración de las reuniones del Comité será determinada y revisada, si procediera, por una reunión de los Estados Partes en la presente Convención, a reserva de la aprobación de la Asamblea General.
11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité establecido en virtud de la presente Convención.
12. Previa aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención recibirán emolumentos con cargo a los fondos de las Naciones Unidas, según las condiciones que la Asamblea pueda establecer.

## Artículo 44

1. Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuan-

to al goce de esos derechos:

- a) En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para cada Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención;
  - b) En lo sucesivo, cada cinco años.
2. Los informes preparados en virtud del presente artículo deberán indicar las circunstancias y dificultades, si las hubiere, que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Convención. Deberán asimismo, contener información suficiente para que el Comité tenga cabal comprensión de la aplicación de la Convención en el país de que se trate.
  3. Los Estados Partes que hayan presentado un informe inicial completo al Comité no necesitan repetir, en sucesivos informes presentados de conformidad con lo dispuesto en el inciso b) del párrafo 1 del presente artículo, la información básica presentada anteriormente.
  4. El Comité podrá pedir a los Estados Partes más información relativa a la aplicación de la Convención.
  5. El Comité presentará cada dos años a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, informes sobre sus actividades.
  6. Los Estados Partes darán a sus informes una amplia difusión entre el público de sus países respectivos.

## **Artículo 45**

Con objeto de fomentar la aplicación efectiva de la Convención y de estimular la cooperación internacional en la esfera regulada por la Convención:

- a) Los organismos especializados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de sus actividades;
- b) El Comité transmitirá, según estime conveniente, a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes que contengan una solicitud de asesoramiento o de asistencia técnica, o en los que se indique esa necesidad, junto con las observaciones y sugerencias del Comité, si las hubiere, acerca de esas solicitudes o indicaciones;
- c) El Comité podrá recomendar a la Asamblea General que pida al Secretario General que efectúe, en su nombre, estudios sobre cuestiones concretas relativas a los derechos del niño;
- d) El Comité podrá formular sugerencias y recomendaciones generales basadas en la información recibida en virtud de los artículos 44 y 45 de la presente Convención. Dichas sugerencias y recomendaciones generales deberán transmitirse a los Estados Partes interesados y notificarse a la Asamblea General, junto con los comentarios, si los hubiere, de los Estados Partes.

## **PARTE III**

### **Artículo 46**

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.

### **Artículo 47**

La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

### **Artículo 48**

La presente Convención permanecerá abierta a la adhesión de cualquier Estado. Los instrumentos de adhesión se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

### **Artículo 49**

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día después del depósito por tal Estado de su instrumento de ratificación o adhesión.

### **Artículo 50**

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que les notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación un tercio, al menos, de los Estados Partes se declara en favor de tal conferencia, el Secretario General convocará una conferencia con el auspicio de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de Estados Partes, presentes y votantes en la conferencia, será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación.
2. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes.
3. Cuando las enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones de la presente Convención y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

### **Artículo 51**

1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por los Estados en el momento de la ratificación o de la adhesión.
2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y el propósito de la presente Convención.
3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación hecha a ese efecto y dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará a todos los Estados. Esa notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción por el Secretario General.

## **Artículo 52**

Todo Estado Parte podrá denunciar la presente Convención mediante notificación hecha por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por el Secretario General.

## **Artículo 53**

Se designa depositario de la presente Convención al Secretario General de las Naciones Unidas.

## **Artículo 54**

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.

*1/La Asamblea General, en su resolución 50/155 de 21 de diciembre de 1995, aprobó la enmienda al párrafo 2 del artículo 43 de la Convención sobre los Derechos del Niño, sustituyendo la palabra "diez" por la palabra "dieciocho". La enmienda entró en vigencia el 18 de noviembre de 2002, fecha en que quedó aceptada por dos tercios de los Estados partes (128 de 191).*





Convención sobre los  
Derechos del Niño

Distr.  
GENERAL

CRC/GC/2003/3  
17 de marzo de 2003

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

32º período de sesiones  
13 a 31 de enero de 2003

## OBSERVACIÓN GENERAL N° 3 (2003)

### El VIH/SIDA y los derechos del niño

#### I. INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

1. La epidemia del VIH/SIDA ha cambiado radicalmente el mundo en que viven los niños. Millones de ellos han sido infectados, otros han muerto y muchos más se han visto gravemente afectados por la propagación del VIH en sus familias y comunidades. La epidemia afecta la vida cotidiana de los menores y agudiza la victimización y la marginación de los niños, en particular de los que viven en circunstancias especialmente difíciles. El VIH/SIDA no es un problema exclusivo de algunos países, sino de todo el mundo. Para limitar realmente sus efectos en la infancia es preciso que todos los Estados concierten iniciativas bien definidas en todas las fases de su formulación.
2. En un principio se creyó que la epidemia afectaría únicamente de manera marginal a los niños. Sin embargo, la comunidad internacional ha descubierto que, por desgracia, los niños son uno de los grupos afectados por el problema. Según el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), las últimas tendencias son alarmantes: en

<sup>1</sup> En su 17º período de sesiones (1998), el Comité de los Derechos del Niño celebró un debate general sobre el tema del VIH/SIDA y los derechos del niño, en el que se recomendó que se adoptasen varias medidas, incluida la de facilitar el empleo de los Estados Partes por atender los problemas relacionados con el VIH/SIDA y los derechos del niño. Los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA también se examinaron en la Reunión de Presidentes de órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos en 1997, así como por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Asimismo, la Comisión de Derechos Humanos durante más de un decenio ha venido examinando todos los años la cuestión del VIH/SIDA. El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han hecho hincapié, en todos los aspectos de su labor, en los derechos del niño en relación con el VIH/SIDA. Las actividades llevadas a cabo en el marco de la Campaña Mundial contra el SIDA en 1997 se centraron en "Los niños en un mundo con SIDA", y en 1998 el lema fue "La Fuerza del cambio: con los jóvenes en Campaña contra el SIDA". El ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos también prepararon el documento titulado *Derechos humanos-El VIH/SIDA y los derechos humanos-Directrices internacionales* (1998) y la directriz revisada 6 (2002), a fin de promover y proteger los derechos humanos en el marco del VIH/SIDA. En el plano político internacional, los derechos relacionados con el VIH/SIDA fueron reconocidos en la "Declaración de compromiso de lucha contra el VIH/SIDA", aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, en la resolución titulada "Un mundo apropiado para los niños", aprobada por la Asamblea General en su período extraordinario de sesiones sobre la infancia y en otros documentos internacionales y regionales.

la mayoría de las zonas del mundo, el grueso de las nuevas infecciones se produce entre jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, y a veces incluso a una edad más temprana. Cada vez es mayor el número de mujeres, incluidas las muchachas, que resultan infectadas. En la mayoría de las regiones del mundo, la gran mayoría de las mujeres infectadas no conocen su estado y no son conscientes de que pueden infectar a sus hijos. Así, pues, en estos últimos tiempos, muchos Estados han registrado un incremento de la mortalidad de lactantes y de la mortalidad infantil. Los adolescentes también son vulnerables al VIH/SIDA porque su primera experiencia sexual a veces se verifica en un entorno en el que no tienen acceso a información u orientación adecuadas. También están expuestos a un gran riesgo los niños que consumen drogas.

3. No obstante, todos los niños pueden verse en una situación de vulnerabilidad por las circunstancias concretas de su vida, en particular: a) los niños infectados con el VIH/SIDA; b) los niños afectados por la epidemia a causa de la pérdida de un familiar que se ocupaba de ellos o de un docente en razón de las presiones que las consecuencias ejercen en sus familias o comunidades, o de ambas cosas; y c) los niños que están más expuestos a ser infectados o afectados.

## **II. LOS OBJETIVOS DE LA PRESENTE OBSERVACIÓN GENERAL**

4. Los objetivos de la presente Observación general son:
  - a) Profundizar en la definición y fortalecer la comprensión de los derechos humanos de los niños que viven en el entorno del VIH/SIDA;
  - b) Promover la observancia de los derechos humanos del niño en el marco del VIH/SIDA garantizados con arreglo a la Convención sobre los Derechos del Niño (en lo sucesivo, "la Convención");
  - c) Determinar las medidas y las mejores prácticas para que los Estados hagan efectivos en mayor medida los derechos relacionados con la prevención del VIH/SIDA y el apoyo, la atención y la protección de los niños infectados por esta pandemia o afectados por ella;
  - d) Contribuir a la formulación y la promoción de planes de acción, estrategias, leyes, políticas y programas orientados a los niños a fin de combatir la propagación y mitigar los efectos del VIH/SIDA en los planos nacional e internacional.

## **III. LAS PERSPECTIVAS DE LA CONVENCIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA: UN PLANTEAMIENTO HOLÍSTICO BASADO EN LOS DERECHOS DEL NIÑO**

5. La cuestión de los niños y el VIH/SIDA es un asunto considerado primordialmente médico o de salud, aunque en realidad engloba cuestiones muy diversas. Es fundamental a este respecto el derecho a la salud (artículo 24 de la Convención). El VIH/SIDA tiene efectos tan profundos en la vida de todos los niños que incide en todos sus derechos -civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los derechos consagrados en los principios generales de la Convención -el derecho a ser protegido contra toda forma de discriminación (art. 2), el derecho del niño a que sus intereses merezcan una consideración primordial (art. 3), el derecho a la vida, la super-

vivencia y el desarrollo (art. 6) y el derecho a que se tenga debidamente en cuenta su opinión (art. 12)- deberían, pues, ser los temas que orienten el examen del VIH/SIDA a todos los niveles de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

6. Sólo podrán aplicarse medidas adecuadas para combatir el VIH/SIDA si se respetan cabalmente los derechos del niño y del adolescente. A este respecto, los derechos de mayor pertinencia, además de los enumerados en el párrafo 5 anterior, son los siguientes: el derecho a información y material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental (art. 17); el derecho, a título preventivo, a atención sanitaria, educación sexual y educación y servicios en materia de planificación de la familia (art. 24 f); el derecho a un nivel de vida adecuado (art. 27); el derecho a la vida privada (art. 16); el derecho a no ser separado de sus padres (art. 9); el derecho a la protección contra actos de violencia (art. 19); el derecho a la protección y asistencia especiales del Estado (art. 20); los derechos de los niños discapacitados (art. 23); el derecho a la salud (art. 24); el derecho a la seguridad social, incluidas las prestaciones del seguro social (art. 26); el derecho a la educación y el esparcimiento (arts. 28 y 31); el derecho a la protección contra la explotación económica y contra todas las formas de explotación y abusos sexuales, el uso ilícito de estupefacientes (arts. 32, 33, 34 y 36); el derecho a la protección contra la abducción, la venta y la trata de menores, así como contra torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (arts. 35 y 37); y el derecho a la recuperación física y psicológica y la reintegración social (art. 39). La epidemia puede poner en grave peligro todos esos derechos de los niños. La Convención, en particular los cuatro principios generales y su enfoque general, es una base muy sólida para tomar iniciativas que atenúen los efectos negativos de la pandemia en la vida de los niños. El planteamiento holístico, basado en los derechos, que se requiere para aplicar la Convención es el mejor instrumento para hacer frente a la gran diversidad de cuestiones relacionadas con los esfuerzos de prevención, tratamiento y atención.

#### **A. El derecho a la no discriminación (artículo 2)**

7. La discriminación es la causante del aumento de la vulnerabilidad de los niños al VIH y el SIDA, así como de los graves efectos que tiene la epidemia en la vida de los niños afectados. Los hijos e hijas de padres que viven con el VIH/SIDA a menudo son víctimas de la estigmatización y la discriminación, pues con harta frecuencia también se les considera infectados. La discriminación hace que se deniegue a los niños el acceso a la información, la educación (véase la Observación general Nº 1 del Comité sobre los propósitos de la educación), los servicios de salud y atención social o a la vida social. En su forma más extrema, la discriminación contra los niños infectados por el VIH se manifiesta en su abandono por la familia, la comunidad y la sociedad. La discriminación también agrava la epidemia al acentuar la vulnerabilidad de los niños, en particular los que pertenecen a determinados grupos, los que viven en zonas apartadas o rurales, donde el acceso a los servicios es menor. Por ello, esos niños son víctimas por partida doble.
8. Preocupa especialmente la discriminación basada en el sexo unida a los tabúes o las actitudes negativas o críticas respecto de la actividad sexual de las muchachas, lo que a menudo limita su acceso a medidas preventivas y otros servicios. También es preocupante la discriminación basada en las preferencias sexuales. Al idear las estrategias relacionadas con el VIH/SIDA y cumplir con las obligaciones contraídas en virtud de la Convención, los Estados Partes deben examinar detenidamente las normas sociales prescritas en cuanto al sexo con miras a eliminar la discriminación por este motivo, puesto que esas normas repercuten en la vulnerabilidad de las muchachas y los muchachos al VIH/SIDA. En particular, los Estados Partes deben reco-

nocer que la discriminación relacionada con el VIH/SIDA perjudica más a las muchachas que a los muchachos.

9. Todas esas prácticas discriminatorias constituyen una violación de los derechos del niño según la Convención. El artículo 2 de la Convención obliga a los Estados Partes a respetar los derechos enunciados en la Convención “independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición”. El Comité interpreta que la frase “cualquier otra condición” del artículo 2 de la Convención también abarca la de los niños con VIH/SIDA o la del progenitor o progenitores. Las leyes, las políticas, las estrategias y las prácticas deben tener en cuenta todas las formas de discriminación que contribuyan a agudizar los efectos de la epidemia. Las estrategias también deben promover programas de educación y formación concebidos explícitamente para cambiar las actitudes discriminatorias y el estigma que acarrea el VIH/SIDA.

### **B. El interés superior del niño (artículo 3)**

10. Por lo general, las políticas y los programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA se han formulado pensando en los adultos y se ha prestado escasa atención al principio del interés superior del niño, que es un aspecto primordial. El párrafo 1 del artículo 3 de la Convención dispone lo siguiente: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Las obligaciones dimanantes de este derecho son fundamentales para orientar las medidas de los Estados en relación con el VIH/SIDA. El niño debe ser uno de los principales beneficiarios de las medidas de lucha contra la pandemia y es preciso adaptar las estrategias para tener en cuenta sus derechos y necesidades.

### **C. El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6)**

11. Los niños tienen derecho a que no se les arrebate arbitrariamente la vida, así como a ser beneficiarios de las medidas económicas y sociales que les permitan sobrevivir, llegar a la edad adulta y desarrollarse en el sentido más amplio del término. La obligación del Estado de hacer efectivo el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo también pone de manifiesto la necesidad de que se preste una atención especial a las cuestiones relacionadas con la sexualidad, así como a los tipos de comportamiento y estilos de vida de los niños, aun cuando no sean conformes con lo que la sociedad considera aceptable según las normas culturales imperantes en un determinado grupo de edad. A ese respecto, las niñas a menudo son víctimas de prácticas tradicionales perniciosas, como los matrimonios a edad muy temprana o forzados, lo que viola sus derechos y las hace más vulnerables al VIH, entre otras cosas, porque esas prácticas a menudo cortan el acceso a la educación y la información. Los programas de prevención realmente eficaces son los que tienen en cuenta la realidad de la vida de los adolescentes y al mismo tiempo tratan la cuestión de la sexualidad velando por que tengan acceso en pie de igualdad a la información, la preparación para la vida activa y las medidas preventivas adecuadas.

### **D. El derecho del niño a expresar su opinión y a que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones (artículo 12)**

12. Los niños son sujetos de derecho y tienen derecho a participar, en consonancia con su etapa de crecimiento, en actividades de concienciación manifestándose públicamente sobre los

efectos del SIDA sobre su vida y en la formulación de políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA. Se ha comprobado que las intervenciones son más beneficiosas para los niños cuando éstos participan activamente en la evaluación de las necesidades, en la formulación de soluciones y estrategias y en su aplicación que cuando son meros objetos de las decisiones adoptadas. A este respecto, debe promoverse activamente la participación del niño, tanto dentro de la escuela como fuera de ella, en cuanto educador entre sus compañeros. Los Estados, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales (ONG) deben facilitar al niño un entorno propicio y de apoyo que le permita llevar a cabo sus propias iniciativas y participar plenamente, en el plano comunitario y en el nacional, en la conceptualización, concepción, aplicación, coordinación, supervisión y examen de la política y los programas en materia de VIH. Es probable que sean necesarios enfoques diversos para garantizar la participación de los niños de todas las capas sociales, en particular mecanismos que alienten a los niños, según su etapa de desarrollo, a expresar su opinión, a que ésta sea escuchada y se tenga debidamente en cuenta, en función de la edad y madurez del niño (párrafo 1 del artículo 12). Es importantísimo que los niños participen, cuando proceda, en las actividades de concienciación en relación con el VIH/SIDA, intercambiando sus experiencias con sus compañeros y otras personas, tanto para prevenir eficazmente la infección como para reducir el estigma y la discriminación. Los Estados Partes deben velar por que los niños que participen en estas actividades de concienciación lo hagan a título voluntario y tras haber sido asesorados, y reciban tanto el apoyo social como la protección jurídica que les permita llevar una vida normal durante y después de su participación.

## **E. Obstáculos**

13. La experiencia demuestra que son muchos los obstáculos que impiden desarrollar una labor eficaz de prevención, atención y apoyo a las iniciativas comunitarias en materia de VIH/SIDA. Estos obstáculos son principalmente de naturaleza cultural, estructural y financiero. Negar la existencia de un problema, de prácticas y actitudes culturales, entre ellas los tabúes y el estigma, la pobreza y la actitud paternalista con los niños, no son más que algunos de los obstáculos con que tropieza la decisión necesaria, por parte de los políticos y los particulares, para la eficacia de los programas.
14. En relación con los recursos financieros, técnicos y humanos, el Comité es consciente de que tal vez no se pueda disponer inmediatamente de ellos. Sin embargo, en cuanto a este obstáculo, el Comité quiere recordar a los Estados Partes las obligaciones que tienen contraídas a tenor del artículo 4. Además, observa que los Estados Partes no deben aducir estas limitaciones de recursos a fin de justificar su incapacidad para adoptar algunas de las medidas técnicas o financieras requeridas, o bien número de ellas. Por último, el Comité quiere destacar el papel fundamental que desempeña la cooperación internacional a este respecto.

## **IV. PREVENCIÓN, ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y APOYO**

15. El Comité quiere hacer hincapié en que la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo son aspectos que se fortalecen entre sí y que son partes inseparables de toda acción eficaz contra el VIH/SIDA.

### **A. Información sobre la prevención del VIH y concienciación**

16. En consonancia con las obligaciones contraídas por los Estados Partes en relación con el derecho a la salud y el derecho a la información (arts. 24, 13 y 17), el niño debe tener acceso a una

información adecuada en relación con la prevención del VIH/SIDA y a la atención por cauces oficiales (en actividades educativas y en los medios de información dirigidos a la infancia), y también por cauces no oficiales (por ejemplo, actividades dirigidas a los niños de la calle, los niños que viven en instituciones o los niños que viven en circunstancias difíciles). Se recuerda a los Estados Partes que el niño requiere, para estar protegido de la infección por el VIH, una información pertinente, adecuada y oportuna en la que se tengan en cuenta las diferencias de nivel de comprensión y que se ajuste bien a su edad y capacidad, y le permita abordar de manera positiva y responsable su sexualidad. El Comité quiere destacar que para que la prevención del VIH/SIDA sea efectiva los Estados están obligados a abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente las informaciones relacionadas con la salud, incluidas la educación y la información sobre la sexualidad, y que, en cumplimiento de su obligación de garantizar el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño (art. 6), deben velar por que el niño tenga la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que le protejan a él y a otros desde el momento en que empiece a manifestarse su sexualidad.

17. Se ha llegado a la conclusión de que el diálogo con la comunidad, la familia o los compañeros, así como las enseñanzas de preparación a la vida en los centros escolares, incluidas las técnicas de comunicación en relación con la sexualidad y una vida sana, son planteamientos útiles para transmitir a las niñas y los niños mensajes sobre la prevención del VIH, pero tal vez resulte necesario utilizar otros métodos para ayudar a los distintos grupos de niños. Los Estados Partes deben adoptar iniciativas para tener en cuenta las diferencias de sexo cuando puedan repercutir en el acceso de los jóvenes a los mensajes sobre la prevención y velar por que les lleguen mensajes idóneos aun cuando para ello deban salvarse los obstáculos constituidos por las diferencias de lengua o religión, la discapacidad u otros factores de discriminación. Ha de prestarse atención muy especial a las actividades de concienciación entre los grupos de población a los que es difícil acceder. A este respecto, el papel de los medios de información y la tradición oral a fin de que el niño disponga de información y materiales, como se reconoce en el artículo 17 de la Convención, es fundamental tanto para facilitar información apropiada, como para evitar el estigma y la discriminación. Los Estados Partes deben apoyar las actividades periódicas de supervisión y evaluación de las campañas de concienciación sobre el VIH/SIDA a fin de determinar su eficacia informativa y reducir el estigma y la discriminación, así como despejar los temores y las concepciones erróneas sobre el VIH y su transmisión entre niños, incluidos los adolescentes.

## B. La función de la educación

18. La educación desempeña un papel fundamental en lo que hace a facilitar a los niños la información pertinente y apropiada respecto del VIH/SIDA que pueda contribuir a mejorar el conocimiento y la comprensión de la pandemia, así como impedir la manifestación de actitudes negativas respecto a las víctimas del VIH/SIDA (véase asimismo la Observación general N° 1 del Comité relativa a los propósitos de la educación). Asimismo, la educación puede y debe habilitar a los niños para protegerse de los riesgos de contagio por el VIH. Al respecto, el Comité quiere recordar a los Estados Partes su obligación de velar por que todos los niños afectados por el VIH/SIDA tengan acceso a la educación primaria, ya se trate de niños infectados, huérfanos o en otra situación. En muchas comunidades donde el VIH está muy extendido, los niños de las familias afectadas, en particular las niñas, tienen que hacer frente a graves dificultades para seguir asistiendo a la escuela y el número de docentes y de otros empleados escolares víctimas del SIDA también supone una limitación y una amenaza para la escolarización de los niños. Los Estados Partes deben tomar medidas para que los niños afectados por el VIH/SIDA sigan escolarizados y los profesores enfermos sean sustituidos por personal cu-

lificado, de forma que los niños puedan asistir sin problema a los centros y se proteja cabalmente el derecho a la educación (art. 28) de todos los niños que viven en esas comunidades.

19. Los Estados Partes deben hacer todo cuanto esté a su alcance para que la escuela sea un lugar en que el niño esté seguro y a salvo y no propicie su vulnerabilidad a la infección por el VIH. De conformidad con el artículo 34 de la Convención, los Estados Partes están obligados a adoptar las medidas apropiadas a fin de prevenir, entre otras cosas, la incitación o la coerción para que un niño se dedique a una actividad sexual ilegal.

### **C. Servicios de salud receptivos a las circunstancias de los niños y los adolescentes**

20. Al Comité le preocupa que, por lo general, los servicios de salud aún no sean suficientemente receptivos a las necesidades de los menores de 18 años, en particular los adolescentes. Como ha señalado en repetidas ocasiones el Comité, el niño acudirá más fácilmente a servicios que lo comprendan y lo apoyen, le faciliten una amplia gama de servicios e información bien adaptados a sus necesidades, le permitan participar en las decisiones que afectan a su salud, sean accesibles, asequibles, confidenciales y no supongan juicios de valor, no requieran el consentimiento parental ni sean discriminatorios. En relación con el VIH/SIDA y habida cuenta de la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño, se alienta a los Estados Miembros a que veleñ por que los servicios de salud contraten personal calificado que respete cabalmente el derecho del niño a la vida privada (art. 16) y a no sufrir discriminación respecto del acceso a la información sobre el VIH, por que el asesoramiento y las pruebas de detección se lleven a cabo de manera voluntaria, por que el niño tenga conocimiento de su estado serológico con respecto al VIH, tenga acceso a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo coste, a métodos o servicios anticonceptivos, así como a recibir, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA, por ejemplo, la tuberculosis o las infecciones oportunistas.
21. En algunos países, los servicios de salud receptivos a las circunstancias de los niños y los adolescentes, aun cuando existen, no son suficientemente accesibles a los discapacitados, los indígenas, los pertenecientes a minorías, los que viven en zonas rurales o en condiciones de extrema pobreza y los marginados sociales. En otros, donde la capacidad del sistema de salud ya está sometida a grandes presiones, se ha negado sistemáticamente a los niños con VIH el acceso a la atención básica de salud. Los Estados Partes deben velar por que se presten a todos los niños sin discriminación que residan en su territorio los mejores servicios posibles y por que tengan en cuenta suficientemente las diferencias de sexo, edad y contexto social, económico, cultural y político.

### **D. Asesoramiento y pruebas de detección del VIH**

22. El acceso voluntario, a servicios confidenciales de asesoramiento y a pruebas de detección del VIH, habida cuenta de la etapa de desarrollo en que se encuentra cada niño, es fundamental para la observancia del derecho a la salud. Esos servicios son fundamentales para reducir el riesgo de que el niño contagie o transmita el VIH, dar al niño acceso a la atención, el tratamiento y el apoyo específicos con respecto al VIH y planificar mejor su futuro. De conformidad con la obligación impuesta por el artículo 24 de la Convención de que ningún niño sea privado de su derecho a los servicios sanitarios necesarios, los Estados Partes deben velar por que todos los niños puedan acudir voluntariamente y de manera confidencial a servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH.

23. El Comité quiere destacar que los Estados Partes, como tienen, ante todo, el deber de velar por la protección de los derechos del niño, deben en toda circunstancia abstenerse de imponer pruebas de detección del VIH/SIDA a los niños y velar por su protección contra esas medidas. Aunque la etapa de desarrollo en que se halle el niño o la niña determinará si se requiere su consentimiento directamente o el de su padre o madre, o tutor, los Estados Partes deben velar en todos los casos, de conformidad con los artículos 13 y 17 de la Convención que establecen el derecho del niño a recibir información, por que, antes de que se lleve a cabo ninguna prueba de detección del VIH por personal sanitario en niños que acuden a los servicios de salud por otra enfermedad o por otro motivo, se sopesen los riesgos y las ventajas de dicha prueba para que se pueda adoptar una decisión con conocimiento de causa.
24. Los Estados Partes deben proteger la confidencialidad de los resultados de las pruebas de detección del VIH, en cumplimiento de la obligación de proteger el derecho a la vida privada del niño (art. 16), tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud, y velar por que no se revelen sin su consentimiento, a terceras partes, incluidos los padres, información sobre su estado serológico con respecto al VIH.

#### **E. Transmisión de madres a hijos**

25. La transmisión de madres a hijos es la causa de la mayoría de las infecciones por el VIH en los lactantes y los niños de corta edad, que pueden ser infectados por el virus durante el embarazo, el parto y el puerperio y también durante la lactancia. Se pide a los Estados Partes que velen por la aplicación de las estrategias recomendadas por los organismos de las Naciones Unidas a fin de prevenir la infección por el VIH en los lactantes y los niños de corta edad. Esas estrategias comprenden: a) la prevención primaria de la infección por el VIH en los futuros progenitores; b) la prevención de los embarazos no deseados en las mujeres infectadas por el VIH; c) la prevención de la transmisión del VIH de las mujeres infectadas a sus hijos; y d) la prestación de cuidados, tratamiento y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, a sus lactantes y a sus familias.
26. Para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos, los Estados Partes deben adoptar medidas, en particular el suministro de medicamentos esenciales, (por ejemplo, fármacos antirretrovíricos), cuidados apropiados durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, y poniendo a disposición de las embarazadas y de sus compañeros servicios de asesoramiento y análisis. El Comité considera que se ha demostrado que los fármacos antirretrovíricos administrados a la mujer durante el embarazo o durante el parto y, en algunas terapias, a sus hijos, reducen en grado significativo el riesgo de transmisión. Sin embargo, los Estados Partes deben, además, prestar ayuda a madres e hijos, en particular, asesoramiento sobre las diversas opciones de alimentación de los lactantes. Se recuerda a los Estados Partes que en el asesoramiento a las madres seropositivas deben incluirse información sobre los riesgos y ventajas de las diversas opciones de alimentación de los lactantes, así como orientaciones sobre la opción más conveniente en su situación. También se necesita apoyo complementario para que las mujeres puedan aplicar la opción que hayan elegido de la manera más segura posible.
27. Incluso en las poblaciones donde se registra una alta prevalencia del VIH, la mayoría de los niños tienen madres que no están infectadas por el virus. En el caso de los hijos de mujeres seronegativas y de las que no conocen su estado serológico con respecto al VIH, el Comité desea insistir, de conformidad con los artículos 6 y 24 de la Convención, en que la lactancia natural sigue siendo la mejor opción de alimentación infantil. Para los hijos de madres seropositivas, los datos disponibles indican que la lactancia materna puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH en una proporción del 10% al 20%, pero que la falta de amamantamiento

puede exponer a los niños a un mayor riesgo de desnutrición o de enfermedades infecciosas distintas de la causada por el VIH. Los organismos de las Naciones Unidas aconsejan que, cuando existe una lactancia de sustitución asequible, factible, aceptable, sostenible y segura, cabe recomendar que se evite en todos los casos que las madres infectadas por el VIH amamanten a sus hijos; de no ser así, se recomienda la alimentación por lactancia natural durante los primeros meses de vida, pero esa opción debe abandonarse cuanto antes.

#### **F. Tratamiento y cuidados**

28. Las obligaciones que contraen los Estados Partes en virtud de la Convención comprenden la de velar por que los niños tengan acceso continuo, en igualdad de condiciones, a tratamientos y cuidados completos, incluida la prescripción de los necesarios fármacos relacionados con el VIH, y a bienes y servicios sin discriminación. Hoy día se reconoce ampliamente que el tratamiento y los cuidados completos incluyen la administración de fármacos antirretrovíricos y de otra índole, el diagnóstico y otras técnicas conexas para el tratamiento del VIH/SIDA, así como de otras infecciones y dolencias oportunistas, la buena alimentación y el necesario apoyo social, espiritual y psicológico, y la atención basada en actividades relacionadas con la familia, la comunidad y el hogar. A este respecto, los Estados Partes deben negociar con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible. Además, se pide a los Estados Partes que respalden, apoyen y faciliten la participación de las comunidades en el tratamiento, la atención y la ayuda completos en relación con el VIH/SIDA, al tiempo que cumplen con sus respectivas obligaciones en virtud de la Convención. Se encarece a los Estados Partes que dediquen atención especial a los factores que en sus sociedades impiden la igualdad de acceso de los niños al tratamiento, la atención y la ayuda.

#### **G. Participación de los niños en las investigaciones**

29. A tenor del artículo 24 de la Convención, los Estados Partes deben velar por que los programas de investigación sobre el VIH/SIDA incluyan estudios concretos que contribuyan a la prevención, la atención, el tratamiento eficaces de la dolencia y a la reducción de su efecto en los niños. Los Estados Partes también deben velar por que los niños no sirvan como objeto de investigación hasta que se haya probado exhaustivamente una determinada intervención en adultos. Se han aducido consideraciones de derecho y de ética en relación con la investigación biomédica sobre el VIH/SIDA, las actividades en materia de VIH/SIDA y la investigación social, cultural y de comportamiento. Los niños han sido objeto de investigaciones innecesarias o mal diseñadas en las que se les ha dado muy poca o ninguna voz para denegar o aceptar su participación. Según el desarrollo del niño, debe recabarse su consentimiento, así como el de sus progenitores o tutores, cuando sea necesario, pero en todos los casos el consentimiento debe basarse en una exposición plena y clara de los riesgos y las ventajas de la investigación para el niño. Cabe recordar también a los Estados Partes que deben seguirse, de conformidad con las obligaciones que contraen en virtud del artículo 16 de la Convención, de que el derecho del niño a la intimidad no se vulnere por inadvertencia en el proceso de investigación y de que la información personal sobre el niño, a la que se tenga acceso en el proceso de investigación, no se utilice bajo ningún pretexto para fines distintos de aquellos respecto de los cuales se ha dado el consentimiento. Los Estados Partes deben hacer todo lo posible para velar por que los niños y, en su caso, sus progenitores o sus tutores participen en las decisiones sobre el orden de prioridad de las investigaciones y por que se cree un entorno propicio para los niños que participan en esas investigaciones.

## **V. LA VULNERABILIDAD Y LOS NIÑOS QUE NECESITAN PROTECCIÓN ESPECIAL**

30. La vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA debida a factores políticos, económicos, sociales, culturales y de otra índole determina la probabilidad de que se vean privados de ayuda para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en sus familias y comunidades, estén expuestos al riesgo de infección, sean objeto de investigaciones inapropiadas o se vean privados del acceso al tratamiento, a la atención médica y la ayuda cuando se produce la infección. La vulnerabilidad al VIH/SIDA es máxima para los niños que viven en campamentos de refugiados y de desplazados internos, los que cumplen penas privativas de libertad, y los recluidos en instituciones, así como para los que padecen una pobreza extrema o viven en situaciones de conflicto armado, los niños soldados, los niños explotados económica y sexualmente y los niños discapacitados, los migrantes, los pertenecientes a minorías, los indígenas y los niños de la calle. Sin embargo, todos los niños pueden ser vulnerables en determinadas circunstancias de su vida. Aun en épocas de graves limitaciones de los recursos, el Comité desea señalar que deben protegerse los derechos de los miembros vulnerables de la sociedad y que pueden aplicarse muchas medidas con unas consecuencias mínimas en los recursos. Reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA requiere, primera y principalmente, que se capacite a los niños, a sus familias y a las comunidades para hacer una elección con conocimiento de causa en cuanto a las decisiones, las prácticas o las políticas que les afectan en relación con el VIH/SIDA.

### **A. Niños afectados por el VIH/SIDA y niños huérfanos por causa del VIH/SIDA**

31. Debe prestarse especial atención a los niños huérfanos a causa del SIDA y a los niños de las familias afectadas, incluidos los hogares a cargo de niños, ya que esos factores pueden tener consecuencias sobre la vulnerabilidad a la infección por el VIH. En el caso de los niños pertenecientes a familias afectadas por el VIH/SIDA, el estigma y el aislamiento social que sufren pueden quedar acentuados por el descuido o la vulneración de sus derechos, en particular por la discriminación, de resultados de la cual tienen un más reducido acceso -o lo pierden- a los servicios educativos, de sanidad y sociales. El Comité desea subrayar la necesidad de dar protección jurídica, económica y social a los niños afectados para que tengan acceso a la enseñanza, los derechos de sucesión, la vivienda y los servicios de sanidad y sociales, así como para que se sientan seguros al revelar su estado serológico respecto al VIH y el de sus familiares, cuando lo consideren apropiado. A este respecto, se recuerda a los Estados Partes que estas medidas revisten importancia decisiva para el disfrute de los derechos de los niños y para conferir a éstos la capacidad y el apoyo necesarios a fin de reducir su vulnerabilidad y disminuir el riesgo de infección.
32. El Comité desea poner de manifiesto la importancia crítica de los documentos de identidad para los niños afectados por el VIH/SIDA, pues ello tiene que ver con el hecho de que sean reconocidos como personas ante la ley, con la protección de sus derechos, en particular en materia de sucesión, enseñanza y servicios de sanidad y sociales de otra índole, así como con la posibilidad de que los niños sean menos vulnerables a los malos tratos y la explotación, sobre todo cuando están separados de sus familias por causa de enfermedad o muerte. A este respecto, la certificación y el registro de los nacimientos son decisivos para garantizar los derechos del niño, y también con objeto de minimizar las consecuencias del VIH/SIDA para la vida de los niños afectados. En consecuencia, se recuerda a los Estados Partes que tienen la obligación, en virtud del artículo 7 de la Convención, de velar por que se instauren sistemas

para que se asegure el registro de cada niño en el momento del nacimiento o inmediatamente después.

33. El trauma que el VIH/SIDA entraña en la vida de los huérfanos suele empezar con la enfermedad y la muerte de uno de sus progenitores y frecuentemente queda intensificado por los efectos del estigma y la discriminación. A este respecto, se recuerda muy particularmente a los Estados Partes que velen por que tanto la ley como la práctica preserven los derechos de sucesión y los derechos de propiedad de los huérfanos, prestando particular atención a la subyacente discriminación por motivos de sexo que puede estorbar el cumplimiento y la observancia de esos derechos. De conformidad con las obligaciones que les impone el artículo 27 de la Convención, los Estados Partes también deben apoyar y reforzar la capacidad de las familias y de las comunidades en que viven los huérfanos a causa del SIDA con objeto de darles un nivel de vida adecuado a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral, económico y social, incluido el acceso a la atención psicosocial, cuando es necesaria.
34. La mejor protección y atención a los huérfanos consiste en desplegar todos los esfuerzos posibles para que los hermanos puedan permanecer juntos y al cuidado de parientes o familiares. La familia ampliada, con el apoyo de la comunidad que la rodea, es tal vez la manera menos traumática y, por consiguiente, más adecuada de atender a los huérfanos cuando no hay otras opciones posibles. Hay que prever asistencia a fin de que, hasta donde sea posible, los niños permanezcan en las estructuras familiares existentes. Tal opción puede darse a causa de las consecuencias que el VIH/SIDA tiene para la familia ampliada. En ese caso, los Estados Partes deben prever, en lo posible, una atención sustitutiva, de tipo familiar (por ejemplo poner los niños al cuidado de padres adoptivos). Se alienta a los Estados Partes a que presten apoyo financiero y de otra índole, cuando sea necesario, a los hogares a cargo de niños. Los Estados Partes deben velar por que en sus estrategias se reconozca que las comunidades están en la primera línea de la batalla contra el VIH/SIDA y por que esas estrategias estén enderezadas a prestar apoyo a las comunidades para que determinen la mejor manera de ayudar a los huérfanos que viven en ellas.
35. Aunque cabe la posibilidad de que la atención en instituciones tenga efectos perjudiciales en el desarrollo del niño, los Estados Partes pueden decidir atribuirle un papel transitorio en el cuidado de los huérfanos a causa del VIH/SIDA cuando no existe la posibilidad de una atención familiar en sus propias comunidades. El Comité opina que toda atención en instituciones sólo debe ser un último recurso y que deben implantarse sólidamente medidas para proteger los derechos del niño y preservarlo de todas las formas de malos tratos y explotación. Atendiendo al derecho de los niños a protección y asistencia especiales cuando se encuentran en tales entornos, y de conformidad con los artículos 3, 20 y 25 de la Convención, es indispensable tomar medidas estrictas para que esas instituciones observen normas concretas de atención y respeten las garantías de protección jurídica. Se recuerda a los Estados Partes que deben fijarse límites a la duración de la estancia de los niños en esas instituciones y que deben idearse programas para ayudar a los niños que viven en esas instituciones, por estar infectados o afectados por el VIH/SIDA, a fin de reiniciarlos plenamente a sus comunidades.

## B. Las víctimas de la explotación sexual y económica

36. Las niñas y los niños privados de medios de subsistencia y desarrollo, en particular los huérfanos a causa del SIDA, pueden ser objeto de una explotación sexual y económica de diversas formas, en especial la prestación de servicios sexuales o la realización de trabajos peligrosos a cambio de dinero que les permita sobrevivir, mantener a sus progenitores enfermos o moribundos y a sus hermanos pequeños, o incluso pagar matrículas escolares. Así, los niños in-

fectados o afectados directamente por el VIH/SIDA se encuentran ante una doble desventaja por sufrir una discriminación basada tanto en su marginación económica y social como en su estado serológico respecto del VIH, o el de sus padres. De conformidad con el derecho del niño consagrado en los artículos 32, 34, 35 y 36 de la Convención y con objeto de reducir la vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA, los Estados Partes tienen la obligación de protegerlos de todas las formas de explotación económica y sexual, en particular de velar por que no caigan presa de las redes de prostitución y se hallen protegidos en cuanto a la ejecución de todo trabajo que sea perjudicial para su educación, salud o desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social, o que ponga trabas a tal desarrollo. Los Estados Partes deben tomar medidas energéticas para proteger a los niños de la explotación sexual y económica, de la trata y la venta de personas y, de conformidad con los derechos que consagra el artículo 39, crear oportunidades para los niños que han sido objeto de semejantes tratos, a fin de que aprovechen el apoyo y los servicios de atención del Estado y de las entidades no gubernamentales que se ocupan de estas cuestiones.

### C. Las víctimas de la violencia y los malos tratos

37. Los niños están expuestos a diversas formas de violencia y malos tratos que elevan el riesgo de infección por el VIH, y también son objeto de violencia al estar infectados o afectados por el VIH/SIDA. Los actos de violencia, incluidas la violación y otras formas de abusos sexuales, se producen en el marco de la familia natural o de la familia adoptiva, o son perpetrados por personas que desempeñan funciones concretas con niños, en particular los maestros y empleados de instituciones que trabajan con niños, tales como las prisiones y los establecimientos que se ocupan del tratamiento de las enfermedades mentales y otras discapacidades. En virtud de los derechos del niño que se consagran en el artículo 19 de la Convención, los Estados Partes tienen la obligación de proteger a los niños de todas las formas de violencia y malos tratos, ya sea en el hogar, en la escuela o en otras instituciones, o incluso en la propia comunidad.
38. Los programas deben adaptarse especialmente al entorno en que viven los niños, a su capacidad para reconocer y denunciar los malos tratos y a sus condiciones y autonomía individuales. El Comité considera que la relación entre el VIH/SIDA y la violencia o los malos tratos sufridos por niños en el marco de guerras y conflictos armados requiere una atención especial. Las medidas destinadas a prevenir la violencia y los malos tratos en esas situaciones revisten una importancia decisiva y los Estados Partes deben velar por que se incorporen consideraciones relacionadas con el VIH/SIDA y los problemas de los derechos del niño en las actividades destinadas a atender y ayudar a los niños y niñas utilizados por personal militar y otros funcionarios uniformados para prestar servicios domésticos o sexuales, o que se hallan desplazados internamente o viven en campamentos de refugiados. En cumplimiento de las obligaciones de los Estados Partes, en particular a tenor de los artículos 38 y 39 de la Convención, deben llevarse a cabo campañas energéticas de información, combinadas con actividades de asesoramiento de los niños y de mecanismos para la prevención y la rápida detección de los casos de violencia y malos tratos en las regiones afectadas por conflictos y catástrofes naturales, y esas campañas deben formar parte de las acciones de ámbito nacional y comunitario de lucha contra el VIH/SIDA.

#### Uso indebido de substancias

39. El uso indebido de ciertas substancias, en particular del alcohol y las drogas, puede reducir la capacidad de los niños para controlar su conducta sexual y, en consecuencia, puede aumentar su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Las prácticas de inyección con material no es-

terilizado también incrementan el riesgo de transmisión del VIH. El Comité observa que hay que tener una mejor comprensión del comportamiento de los niños con respecto al uso de substancias, en particular el efecto que el descuido y la vulneración de los derechos del niño tienen en esos comportamientos. En la mayoría de los países los niños no han podido beneficiarse de programas de prevención pragmática contra el VIH en lo que se refiere al uso de substancias, programas que, incluso cuando existen, se han destinado principalmente a los adultos. El Comité desea poner de manifiesto que en las políticas y los programas destinados a reducir el uso de substancias y la transmisión del VIH deben reconocerse las sensibilidades y el modo de vida especial de los niños, en particular de los adolescentes, en el contexto de la prevención del VIH/SIDA. De conformidad con los derechos que se reconocen a los niños en los artículos 33 y 24 de la Convención, los Estados Partes tienen la obligación de velar por que se apliquen programas que tengan por objeto reducir los factores que exponen a los niños al uso de substancias, así como programas de tratamiento y ayuda a los niños que hacen un uso indebido de substancias.

## VI. RECOMENDACIONES

40. El Comité reafirma las recomendaciones que se formularon durante el día de debate general sobre la situación de los niños que viven en un mundo donde existe el VIH/SIDA (CRC/C/80) y encarece a los Estados Partes que:
  - a) Adopten y apliquen en el ámbito nacional y local políticas relacionadas con el VIH/SIDA, incluidos planes de acción y estrategias eficaces, así como programas que estén centrados en la situación de los niños, estén basados en los derechos de éstos e incorporen los derechos del niño consagrados en la Convención, en particular teniendo en cuenta las recomendaciones que se hacen en los párrafos anteriores de las presentes observaciones generales y las que se aprobaron en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia (2002).
  - b) Destinen recursos financieros, técnicos y humanos, en la mayor medida posible, para apoyar las acciones de ámbito nacional y de ámbito comunitario (art. 4) y, cuando proceda, en el marco de la cooperación internacional (véase el párrafo 41).
  - c) Revisen las leyes vigentes o promulguen disposiciones legislativas con miras a dar pleno cumplimiento al artículo 2 de la Convención y, en particular, a prohibir expresamente la discriminación basada en un estado serológico real o supuesto en relación con el VIH/SIDA, a fin de garantizar la igualdad de acceso de todos los niños a todos los servicios pertinentes, prestando especial atención al derecho del niño a su intimidad y a la protección de su vida privada, y a otras recomendaciones que hace el Comité en los párrafos anteriores en lo que se refiere a la legislación.
  - d) Incluyan planes de acción, estrategias, políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA en la labor de los organismos nacionales encargados de vigilar y coordinar la observancia de los derechos de los niños, y estudien el establecimiento de un procedimiento de revisión que se ajuste concretamente a las denuncias de descuido o violación de los derechos del niño en relación con el VIH/SIDA, independientemente de que esto entrañe la creación de un órgano legislativo o administrativo o se confíe a una institución nacional existente.
  - e) Reexaminen sus actividades de acopio y evaluación de datos relacionados con el VIH a fin de asegurarse de que cubran suficientemente a los niños tal como se definen en la Con-

vención y estén desglosadas por edad y sexo, a ser posible por grupos de cinco años e incluyan, en lo posible, a los niños pertenecientes a grupos vulnerables y a los que necesitan una protección especial.

- f) Incluyan, en sus procesos de preparación de informes conforme al artículo 44 de la Convención, información sobre las políticas y programas nacionales de VIH/SIDA y, en lo posible, sobre las asignaciones presupuestarias y de recursos a nivel nacional, regional y local, e indicando, dentro de estas categorías, la proporción asignada a la prevención, los cuidados, la investigación y la reducción de los efectos. Debe prestarse especial atención a la medida en que en esos programas y políticas se reconozca expresamente a los niños (teniendo en cuenta las fases de su desarrollo) y sus derechos, y la medida en que se toman en consideración en las leyes, políticas y prácticas los derechos de los niños en relación con el VIH, teniendo en cuenta concretamente la discriminación basada en el estado serológico de los niños con respecto al VIH, o en el hecho de que sean huérfanos o hijos de progenitores infectados por el VIH/SIDA. El Comité pide a los Estados Partes que en sus informes faciliten detalles de lo que consideran las tareas más urgentes en el ámbito de su jurisdicción por lo que respecta a los niños y al VIH/SIDA y que indiquen a grandes rasgos los programas de actividades que se proponen aplicar en el quinquenio venidero a fin de resolver los problemas que se hayan descubierto. Esto permitirá iniciar gradualmente las diversas actividades en el futuro.
- 41. A fin de promover la cooperación internacional, el Comité pide al UNICEF, a la Organización Mundial de la Salud, al Fondo de Población de las Naciones Unidas, al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y a otros organismos, organizaciones e instituciones internacionales pertinentes que contribuyan sistemáticamente, a nivel nacional, a los esfuerzos destinados a asegurar la observancia de los derechos del niño en el marco de la infección por el VIH/SIDA, y que sigan colaborando con el Comité para mejorar la observancia de los derechos del niño en ese contexto. Además, el Comité encarece a los Estados que cooperan en el desarrollo que se aseguren de que las estrategias relacionadas con el VIH/SIDA están ideadas para tener plenamente en cuenta los derechos del niño.
- 42. Las organizaciones no gubernamentales (ONG), así como los grupos de acción comunitaria y otros agentes de la sociedad civil, tales como las agrupaciones de jóvenes, las organizaciones confesionales, las organizaciones femeninas y los dirigentes tradicionales, incluidos los notables religiosos y culturales, tienen todos un papel esencial que desempeñar en la acción contra la pandemia de VIH/SIDA. Se encarece a los Estados Partes que velen por la instauración de un entorno propicio a la participación de los grupos de la sociedad civil, lo cual incluye facilitar la colaboración y la coordinación entre los diversos agentes, y den a esos grupos el apoyo necesario para que puedan funcionar eficazmente sin impedimentos. (A este respecto, se alienta expresamente a los Estados Partes a que apoyen la plena participación de las personas aquejadas por el VIH/SIDA, prestando particular atención a la inclusión de los niños, en la prestación de servicios de prevención, atención médica, tratamiento y ayuda relacionados con el VIH/SIDA).



**Convención sobre los  
Derechos del Niño**

Distr.  
GENERAL

CRC/GC/2003/4  
21 de julio de 2003

Español  
Original: Inglés

**COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO**  
**33º período de sesiones**  
**19 de mayo a 6 de junio de 2003**

## **OBSERVACIÓN GENERAL N° 4 (2003)**

**La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto  
de la Convención sobre los Derechos del Niño**

### **INTRODUCCIÓN**

1. La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1). En consecuencia, los adolescentes de hasta 18 años de edad son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención; tienen derecho a medidas especiales de protección y, en consonancia con la evolución de sus facultades, pueden ejercer progresivamente sus derechos (art. 5).
2. La adolescencia es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Aunque en general los adolescentes constituyen un grupo de población sano, la adolescencia plantea también nuevos retos a la salud y al desarrollo debido a su relativa vulnerabilidad y a la presión ejercida por la sociedad, incluso por los propios adolescentes para adoptar comportamientos arriesgados para la salud. Entre éstos figura la adquisición de una identidad personal y la gestión de su propia sexualidad. El período de transición dinámica a la edad adulta es también generalmente un período de cambios positivos inspirados por la importante capacidad de los adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar.
3. El Comité de los Derechos del Niño observa con inquietud que los Estados Partes no han prestado suficiente atención, en cumplimiento de las obligaciones que les impone la Convención, a las preocupaciones específicas de los adolescentes como titulares de derechos ni a la promoción de su salud y desarrollo. Esta ha sido la causa de que el Comité adopte la

siguiente observación general para sensibilizar a los Estados Partes y facilitarles orientación y apoyo en sus esfuerzos para garantizar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos de los adolescentes, incluso mediante la formulación de estrategias y políticas específicas.

4. El Comité entiende que las ideas de “salud y desarrollo” tienen un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las disposiciones contenidas en los artículos 6 (Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo) y 24 (Derecho a la salud) de la Convención. Uno de los principales objetivos de esta observación general es precisamente determinar los principales derechos humanos que han de fomentarse y protegerse para garantizar a los adolescentes el disfrute del más alto nivel posible de salud, el desarrollo de forma equilibrada y una preparación adecuada para entrar en la edad adulta y asumir un papel constructivo en sus comunidades y sociedades en general. Esta observación general deberá ser compatible con la Convención y con sus dos Protocolos Facultativos sobre los derechos del niño, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, y sobre la participación de niños en los conflictos armados, así como con otras normas y reglas internacionales pertinentes sobre derechos humanos<sup>1</sup>.

## I. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y OTRAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

5. Como reconoció la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993 y repetidamente ha reafirmado el Comité, los derechos del niño son también indivisibles e interdependientes. Además de los artículos 6 y 24, otras disposiciones y principios de la Convención son cruciales para garantizar a los adolescentes el pleno disfrute de sus derechos a la salud y el desarrollo.

### El derecho a la no discriminación

6. Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar a todos los seres humanos de menos de 18 años el disfrute de todos los derechos enunciados en la Convención, sin distinción alguna (art. 2), independientemente de “la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión pública o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño”. Deben añadirse también la orientación sexual y el estado salud del niño (con inclusión del VIH/SIDA y la salud mental). Los adolescentes que son objeto de discriminación son más vulnerables a los abusos, a otros tipos de violencia y explotación y su salud y desarrollo corren grandes peligros. Por ello tienen derecho a atención y protección especiales de todos los segmentos de la sociedad.

### Orientación adecuada en el ejercicio de los derechos

7. La Convención reconoce las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres (o de cualquier otra persona encargada legalmente del niño) “de impartirle, en consonancia y con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención” (art. 5). El Comité cree que los padres o cualesquiera otras personas legalmente responsables del niño están obligadas a cumplir cuidadosamente con sus derechos y obligaciones de proporcionar dirección y orientación al

<sup>1</sup> Entre ellos figuran el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, la *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*, la *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias* y la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

niño en el ejercicio por estos últimos de sus derechos. Tienen la obligación de tener en cuenta las opiniones de los adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez y proporcionarles un entorno seguro y propicio en el que el adolescente pueda desarrollarse. Los adolescentes necesitan que los miembros de su entorno familiar les reconozcan como titulares activos de derecho que tienen capacidad para convertirse en ciudadanos responsables y de pleno derecho cuando se les facilita la orientación y dirección adecuadas.

### **Respeto a las opiniones del niño**

8. También es fundamental en la realización de los derechos del niño a la salud y el desarrollo, el derecho a expresar su opinión libremente y a que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones (art. 12). Los Estados Partes necesitan tener la seguridad de que se da a los adolescentes una posibilidad genuina de expresar sus opiniones libremente en todos los asuntos que le afectan, especialmente en el seno de la familia, en la escuela y en sus respectivas comunidades. Para que los adolescentes puedan ejercer debidamente y con seguridad este derecho las autoridades públicas, los padres y cualesquiera otros adultos que trabajen con los niños o en favor de éstos necesitan crear un entorno basado en la confianza, la compartición de información, la capacidad de escuchar toda opinión razonable que lleve a participar a los adolescentes en condiciones de igualdad, inclusive la adopción de decisiones.

### **Medidas y procedimientos legales y judiciales**

9. El artículo 4 de la Convención establece que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos" en ella. En el contexto de los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, los Estados Partes tienen necesidad de asegurar que ciertas disposiciones jurídicas específicas estén garantizadas en derecho interno, entre ellas las relativas al establecimiento de la edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres. Estas edades mínimas deben ser las mismas para los niños y las niñas (artículo 2 de la Convención) y reflejar fielmente el reconocimiento de la condición de seres humanos a los menores de 18 años de edad en cuanto titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades y en función de la edad y la madurez del niño (arts. 5 y 12 a 17). Además, los adolescentes necesitan tener fácil acceso a los procedimientos de quejas individuales así como a los mecanismos de reparación judicial y no judicial adecuados que garanticen un proceso justo con las debidas garantías, prestando especialmente atención al derecho a la intimidad (art. 16).

### **Derechos civiles y libertades**

10. La Convención define en los artículos 13 a 17 los derechos civiles y las libertades de los niños y adolescentes, que son esenciales para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de los adolescentes. El artículo 17 establece que el niño "tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental". El derecho de los adolescentes a tener acceso a información adecuada es fundamental si los Estados Partes han de promover medidas económicamente racionales, incluso a través de leyes, políticas y programas, con respecto a numerosas situaciones relacionadas con la salud, como las incluidas en los artículos 24 y 33 relativas a la planificación familiar, la prevención de accidentes, la protección contra prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales.

11. Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esta información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial.

#### **Protección contra toda forma de abuso, descuido, violencia y explotación<sup>2</sup>**

12. Los Estados Partes han de adoptar medidas eficaces para proteger a los adolescentes contra toda forma de violencia, abuso, descuido y explotación (arts. 19, 32 a 36 y 38), dedicando especial atención a las formas específicas de abuso, descuido, violencia y explotación que afectan a este grupo de edad. Deben adoptar concretamente medidas especiales para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos, que son especialmente vulnerables a los abusos y los descuidos. Deben asimismo asegurar que no se considere delincuentes a los adolescentes afectados por la pobreza que estén socialmente marginados. Para ello es necesario asignar recursos financieros y humanos para promover la realización de estudios que informen sobre la adopción de leyes, políticas y programas eficaces a nivel local y nacional. Debería procederse periódicamente a un examen de las políticas y estrategias y a su consecuente revisión. Al adoptar estas medidas los Estados Partes han de tener en cuenta la evolución de las facultades de los adolescentes y hacer que participen de forma adecuada en la elaboración de medidas, como son los programas destinados a su protección. En este contexto el Comité hace hincapié en las consecuencias positivas que puede tener la educación interpare y la positiva influencia de los modelos adecuados de comportamiento, especialmente los modelos tomados del mundo de las artes, los espectáculos y los deportes.

#### **Recopilación de datos**

13. Es necesaria la recopilación sistemática de datos para que los Estados Partes puedan supervisar la salud y el desarrollo de los adolescentes. Los Estados Partes deberían adoptar un mecanismo de recopilación de datos que permitiera desglosarlos por sexo, edad, origen y condición socioeconómica para poder seguir la situación de los distintos grupos. También se deberían recoger datos y estudiar la situación de grupos específicos como son las minorías étnicas y/o indígenas, los adolescentes migrantes o refugiados, los adolescentes impedidos, los adolescentes trabajadores, etc. Siempre que fuera conveniente, los adolescentes deberían participar en un análisis para entender y utilizar la información de forma que tenga en cuenta la sensibilidad de los adolescentes.

<sup>2</sup> Véanse también los informes del Comité sobre los días de debate temático relativo a la violencia contra los niños, celebrados en 2000 y 2001 y las recomendaciones adoptadas al respecto (véase CRC/C/100, cap. V y CRC/C/111, cap.V).

### **III. CREACIÓN DE UN ENTORNO SANO Y PROPICIO**

14. La salud y el desarrollo de los adolescentes están fuertemente condicionados por el entorno en que viven. La creación de un entorno seguro y propicio supone abordar las actitudes y actividades tanto del entorno inmediato de los adolescentes -la familia, los otros adolescentes, las escuelas y los servicios- como del entorno más amplio formado por, entre otros elementos, la comunidad, los dirigentes religiosos, los medios de comunicación y las políticas y leyes nacionales y locales. La promoción y aplicación de las disposiciones, especialmente de los artículos 2 a 6, 12 a 17, 24, 28, 29 y 31, son claves para garantizar el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo. Los Estados Partes deben adoptar medidas para sensibilizar sobre este particular, estimular y/o establecer medidas a través de la formulación de políticas o la adopción de normas legales y la aplicación de programas específicamente destinados a los adolescentes.
15. El Comité subraya la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crece en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio.
16. El Comité pide a los Estados Partes que elaboren y apliquen de forma compatible con la evolución de las facultades de los adolescentes, normas legislativas, políticas y programas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes: a) facilitando a los padres (o tutores legales) asistencia adecuada a través de la creación de instituciones, establecimientos y servicios que presten el debido apoyo al bienestar de los adolescentes e incluso cuando sea necesario proporcionen asistencia material y programas de apoyo con respecto a la nutrición, el desarrollo y la vivienda (art. 27 3)); b) proporcionando información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes (art. 27 3)); c) proporcionando a las madres y padres de los adolescentes apoyo y orientación para conseguir el bienestar tanto propio como de sus hijos (art. 24 f), 27 (2-3)); d) facilitando el respeto de los valores y normas de las minorías étnicas y de otra índole, especial atención, orientación y apoyo a los adolescentes y a los padres (o los tutores legales), cuyas tradiciones y normas difieran de las de la sociedad en la que viven; y e) asegurando que las intervenciones en la familia para proteger al adolescente y, cuando sea necesario, apartarlo de la familia, como por ejemplo en caso de abusos o descuidos, se haga de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables. Deberían revisarse esas leyes de procedimientos para asegurar que están de acuerdo con los principios de la Convención.
17. La escuela desempeña una importante función en la vida de muchos adolescentes, por ser el lugar de enseñanza, desarrollo y socialización. El apartado 1 del artículo 29 establece que la educación del niño deberá estar encaminada a "desarrollar la personalidad, las actitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades". Además, en la Observación general N° 1 sobre los propósitos de la educación se afirma que la educación también debe tener por objeto velar "por que ningún niño termine su escolaridad sin contar con los elementos básicos que le permitan hacer frente a las dificultades con las que previsiblemente topará en su camino". Los conocimientos básicos deben incluir..."la capacidad de adoptar decisiones ponderadas; resolver conflictos de forma no violenta; llevar una vida sana [y] tener relaciones sociales satisfactorias...". Habida cuenta de la importancia de una educa-

ción adecuada en la salud y el desarrollo actual y futuro de los adolescentes, así como en la de sus hijos, el Comité insta a los Estados Partes de conformidad con los artículos 28 y 29 de la Convención a: a) garantizar una enseñanza primaria de calidad que sea obligatoria y gratuita para todos y una educación secundaria y superior que sea accesible a todos los adolescentes; b) proporcionar escuelas e instalaciones recreativas que funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, como por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela; c) adoptar las medidas necesarias para prevenir y prohibir toda forma de violencia y abuso, incluidos los abusos sexuales, el castigo corporal y otros tratos o penas inhumanos, degradantes o humillantes en las escuelas por el personal docente o entre los estudiantes; d) iniciar y prestar apoyo a las medidas, actitudes y actividades que fomenten un comportamiento sano mediante la inclusión de los temas pertinentes en los programas escolares.

18. Durante la adolescencia, un número cada vez mayor de jóvenes abandonan la escuela y empiezan a trabajar para ayudar a sus familias o para obtener un salario en el sector estructurado o no estructurado. La participación en actividades laborales de conformidad con las normas internacionales puede ser beneficioso para el desarrollo de los adolescentes en la medida que no ponga en peligro el disfrute de ninguno de los otros derechos de los adolescentes, como son la salud y la educación. El Comité insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas para abolir todas las formas de trabajo infantil, comenzando por las formas más graves, a proceder al examen continuo de los reglamentos nacionales sobre edades mínimas de empleo al objeto de hacerlas compatibles con las normas internacionales, y a regular el entorno laboral y las condiciones de trabajo de los adolescentes (de conformidad con el artículo 32 de la Convención así como las Convenciones Nos. 138 y 182 de la OIT), al objeto de garantizar su plena protección y el acceso a mecanismos legales de reparación.
19. El Comité subraya asimismo que de conformidad con el párrafo 3 del artículo 23 de la Convención deben tenerse en cuenta los derechos especiales de los adolescentes impedidos y facilitar asistencia para que los niños/adolescentes impedidos tengan acceso efectivo a una enseñanza de buena calidad. Los Estados deben reconocer el principio de igualdad de oportunidades en materia de enseñanza primaria, secundaria y terciaria para los niños/adolescentes impedidos, siempre que sea posible en escuelas normales.
20. Preocupa al Comité que los matrimonios y embarazos precoces constituyan un importante factor en los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva, con inclusión del VIH/SIDA. En varios Estados Partes siguen siendo todavía muy bajas tanto la edad mínima legal para el matrimonio como la edad efectiva de celebración del matrimonio, especialmente en el caso de las niñas. Estas preocupaciones no siempre están relacionadas con la salud, ya que los niños que contraen matrimonio, especialmente las niñas se ven frecuentemente obligadas a abandonar la enseñanza y quedan al margen de las actividades sociales. Además, en algunos Estados Partes los niños casados se consideran legalmente adultos aunque tengan menos de 18 años, privándoles de todas las medidas especiales de protección a que tienen derecho en virtud de la Convención. El Comité recomienda firmemente que los Estados Partes examinen y, cuando sea necesario, reformen sus leyes y prácticas para aumentar la edad mínima para el matrimonio, con o sin acuerdo de los padres, a los 18 años tanto para las chicas como para los chicos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha hecho una recomendación similar (Observación general N° 21 de 1994).
21. En muchos países las lesiones causadas por accidentes o debidas a la violencia son una de las principales causas de muerte o de discapacidad permanente de los adolescentes. A este respecto preocupa al Comité las lesiones y las muertes producidas por accidentes de tráfico

por carretera que afecta a los adolescentes en forma desproporcionada. Los Estados Partes deben adoptar y aplicar leyes y programas para mejorar la seguridad vial, como son la enseñanza y el examen de conducción a los adolescentes así como la adopción o el fortalecimiento de las normas legales conocidas por ser de gran eficacia, como la obligación de tener un permiso válido de conducir, llevar cinturones de seguridad y cascos y el establecimiento de zonas peatonales.

22. El Comité se muestra asimismo muy preocupado por la elevada tasa de suicidios entre este grupo de edad. Los desequilibrios mentales y las enfermedades psicosociales son relativamente comunes entre los adolescentes. En muchos países están aumentando síntomas tales como la depresión, los desarreglos en la comida y los comportamientos autodestructivos que algunas veces llevan a producirse a sí mismos lesiones y al suicidio. Es posible que estén relacionados con, entre otras causas, la violencia, los malos tratos, los abusos y los descuidos, con inclusión de los abusos sexuales, las expectativas disparatadamente elevadas y/o la intimidación y las novatadas dentro y fuera de la escuela. Los Estados Partes deberían proporcionar a estos adolescentes todos los servicios necesarios.
23. La violencia es el resultado de una compleja interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y societarios. Están especialmente expuestos tanto a la violencia institucional como interpersonal los adolescentes vulnerables, como son los que carecen de hogar o viven en establecimientos públicos, pertenecen a pandillas o han sido reclutados como niños soldados. En virtud del artículo 19 de la Convención, los Estados Partes deben adoptar todas las medidas adecuadas<sup>3</sup> para impedir y eliminar: a) la violencia institucional contra los adolescentes incluida la ejercida a través de medidas legislativas y administrativas en relación con establecimientos públicos y privados para adolescentes (escuelas, establecimientos para adolescentes discapacitados, reformatorios, etc.) y la formación y supervisión de personal encargado de niños ingresados en establecimientos especializados o que están en contacto con niños en razón de su trabajo, con inclusión de la policía; y b) la violencia interpersonal entre adolescentes, incluido el apoyo a una educación adecuada de los padres y a las oportunidades de desarrollo social y docente en la infancia, la promoción de normas y valores culturales no violentos (como se prevé en el artículo 29 de la Convención), la estricta fiscalización de las armas de fuego y la limitación del acceso al alcohol y las drogas.
24. A la luz de los artículos 3, 6, 12, 19 y el párrafo 3 del artículo 24 de las observaciones los Estados Partes están obligados a adoptar todas las medidas eficaces para eliminar cuantos actos y actividades amenacen al derecho a la vida de los adolescentes, incluidas las muertes por cuestiones de honor. El Comité insta vivamente a los Estados Partes a que elaboren y realicen campañas de sensibilización, programas de educación y leyes encaminadas a cambiar las actitudes predominantes y a abordar las funciones y los estereotipos en relación con el género que inspiran las prácticas tradicionales perjudiciales. Además, los Estados Partes deben facilitar el establecimiento de información multidisciplinaria y prestar asesoramiento a los centros respecto a los aspectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales, como son los matrimonios precoces y la mutilación genital de la mujer.
25. El Comité se muestra preocupado por la influencia ejercida en los comportamientos de salud de los adolescentes por la comercialización de productos y estilos de vida malsanos. De acuerdo con el artículo 17 de la Convención, se insta a los Estados Partes a proteger a los adolescentes contra la información que sea dañosa a su salud y desarrollo recalcando su derecho a información y material de distintas fuentes nacionales e internacionales. Se insta en

<sup>3</sup> *Ibid.*

consecuencia a los Estados Partes a reglamentar o prohibir la información y la comercialización relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes<sup>4</sup>.

#### **IV. INFORMACIÓN, DESARROLLO DE APTITUDES, ASESORAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD**

26. Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas.
27. Al objeto de actuar adecuadamente sobre la base de la información, los adolescentes necesitan desarrollar las aptitudes necesarias, con inclusión de las dedicadas a su propio cuidado como son la forma de planificar y preparar comidas nutricionalmente equilibradas y de adoptar hábitos higiénicos y personales adecuados, así como las aptitudes para hacer frente a situaciones sociales especiales tales como la comunicación interpersonal, la adopción de decisiones, la lucha contra las tensiones y los conflictos. Los Estados Partes deberían estimular y prestar apoyo a toda oportunidad de desarrollar estas aptitudes mediante, entre otros procedimientos, la educación escolar y no escolar, los programas de capacitación de las organizaciones juveniles y los medios de comunicación.
28. A la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores. Es fundamental encontrar los medios y métodos adecuados de facilitar información apropiada que tenga en cuenta las particularidades y los derechos específicos de las chicas y chicos adolescentes. Para ello se alienta a los Estados Partes a que consigan la participación activa de los adolescentes en la preparación y difusión de información a través de una diversidad de canales fuera de la escuela, con inclusión de las organizaciones juveniles, los grupos religiosos, comunitarios y de otra índole y los medios de comunicación.
29. En el artículo 24 de la Convención, se pide a los Estados Partes que proporcionen tratamiento y rehabilitación adecuados a los adolescentes con perturbaciones mentales para que la comunidad conozca los primeros indicios y síntomas y la gravedad de estas enfermedades y sea posible proteger a los adolescentes de indebidas presiones, como la tensión psicosocial. Se insta asimismo a los Estados Partes a luchar contra la discriminación y el estigma que acompañan a las perturbaciones mentales de acuerdo con sus obligaciones en el marco del artículo 2. Los adolescentes con perturbaciones mentales tienen derecho a tratamiento y atención, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven. Cuando sea necesaria

la hospitalización o el internamiento en un establecimiento psiquiátrico, la decisión debe ser adoptada de conformidad con el principio del interés superior del niño. En caso de ingreso en un hospital o asilo, debe concederse al paciente el máximo posible de oportunidades para disfrutar de todos sus derechos que le son reconocidos en la Convención, entre ellos los derechos a la educación y a tener acceso a actividades recreativas<sup>5</sup>. Siempre que se considere adecuado, los adolescentes deben estar separados de los adultos. Los Estados Partes tienen que asegurar que los adolescentes tienen acceso a un representante personal que no sea un miembro de su familia, para que represente sus intereses siempre que sea necesario y adecuado<sup>6</sup>. De conformidad con el artículo 25 de la Convención, los Estados Partes deben efectuar un examen periódico del tratamiento que se da a los adolescentes en los hospitales o establecimientos psiquiátricos.

30. Los adolescentes, ya sean niñas o niños, corren el peligro de sufrir el contagio y las consiguientes consecuencias de ETS, como es por ejemplo el VIH/SIDA<sup>7</sup>. Los Estados deberían garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas infecciones, incluido el VIH/SIDA. Con este fin, se insta a los Estados Partes a: a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes; b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y c) adoptar medidas para eliminar todas los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones.
31. Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación.
32. Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (art. 3).

5 Para mayor orientación sobre este tema, véanse los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (resolución de la Asamblea General 46/119, de 17 de diciembre de 1991, anexo).

6 Ibíd., en especial los principios 2, 3 y 7.

7 Para más orientaciones sobre esta cuestión, véase la Observación general N° 3 (2003) sobre VIH/SIDA y los derechos del niño.

33. Por lo que respecta a la intimidad y a la confidencialidad y a la cuestión conexa del consentimiento fundamentado al tratamiento, los Estados Partes deben: a) promulgar leyes o dictar reglamentos para que se proporcione a los adolescentes asesoramiento confidencial sobre el tratamiento, al objeto de que puedan prestar el consentimiento con conocimiento de causa. En dichas leyes o reglamentos deberá figurar la edad requerida para ello o hacer referencia a la evolución de las facultades del niño; y b) proporcionar capacitación al personal de salud sobre los derechos de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad y a ser informados sobre el tratamiento previsto y a prestar su consentimiento fundamentado al tratamiento.

## V. VULNERABILIDAD Y RIESGOS

34. Para garantizar el respeto de los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo deben tenerse en cuenta tanto los comportamientos individuales como los factores ambientales que aumentan los riesgos y su vulnerabilidad. Los factores ambientales como los conflictos armados o la exclusión social aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes a los abusos, a otras formas de violencia y a la explotación, limitando de esa forma gravemente la capacidad de los adolescentes para elegir comportamientos individuales sanos. Por ejemplo, la decisión de tener relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo del adolescente a una mala salud.
35. De conformidad con el artículo 23 de la Convención, los adolescentes que estén mental o físicamente impedidos tienen igualmente derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados Partes tienen la obligación de proporcionar a los adolescentes impedidos los medios necesarios para el ejercicio de sus derechos<sup>8</sup>. Los Estados Partes deben: a) proporcionar instalaciones, bienes y servicios sanitarios que sean accesibles a todos los adolescentes con discapacidades y conseguir que esas instalaciones y servicios promuevan su autoconfianza y su participación activa en la comunidad; b) asegurar la disponibilidad del necesario apoyo en forma de equipo y personal para permitirle que puedan desplazarse, participar y comunicar; c) prestar específica atención a las necesidades especiales relativas a la sexualidad de los adolescentes impedidos; y d) eliminar los obstáculos que impiden a los adolescentes con discapacidades el ejercicio de sus derechos.
36. Los Estados Partes han de dispensar especial protección a los adolescentes sin hogar incluso a los que trabajan en el sector no estructurado. Los adolescentes sin hogar son especialmente vulnerables a la violencia, los abusos y la explotación sexual de los demás, a los comportamientos de autodestrucción, al consumo indebido de sustancias tóxicas y a las perturbaciones mentales. Pide a este respecto a los Estados Partes que: a) elaboren políticas y promulguen y hagan cumplir leyes que protejan a esos adolescentes contra la violencia, por ejemplo, por medio de los funcionarios encargados de aplicar la ley; b) que elaboren estrategias para proporcionar una educación adecuada y el acceso a la atención de salud, así como oportunidades para el desarrollo de su destreza para ganarse la vida.
37. Los adolescentes que están explotados sexualmente, por ejemplo, mediante la prostitución y la pornografía, se encuentran expuestos a importantes riesgos de salud como son las ETS, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, la violencia y los agotamientos psicológicos. Tienen derecho a la recuperación física y psicológica y a la reinserción social en un entorno que fomente su salud, el respeto de sí mismo y su dignidad (art. 39). Es obligación de los Estados Partes promulgar y hacer cumplir leyes que prohíban toda forma de ex-

plotación sexual y del tráfico con ella relacionado; y colaborar con otros Estados Partes para eliminar el tráfico entre países; y proporcionar servicios adecuados de salud y asesoramiento a los adolescentes que han sido sexualmente explotados, asegurando que se les trata como víctimas y no como delincuentes.

38. Además, pueden ser especialmente vulnerables los adolescentes que padecen pobreza, son víctimas de los conflictos armados, de cualquier forma de injusticia, crisis familiar, inestabilidad política, social y económica y de toda clase de migraciones. Esas situaciones pueden constituir un grave obstáculo a su salud y desarrollo. Mediante fuertes inversiones en políticas y medidas preventivas, los Estados Partes pueden reducir profundamente los niveles de vulnerabilidad y los factores de riesgo, y proporciona también medios poco costosos a la sociedad para que ayude a los adolescentes a conseguir un desarrollo armónico en una sociedad libre.

## **VI. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS**

39. En el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la salud y el desarrollo de los adolescentes, los Estados Partes tendrán siempre plenamente en cuenta los cuatro principios de la Convención. Es opinión del Comité que los Estados Partes tienen que tomar todo tipo de medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención. Con este fin, los Estados Partes deben cumplir en especial las siguientes obligaciones:
- a) Crear un entorno seguro y propicio para los adolescentes, incluso en el seno de la familia, en las escuelas, y en todo tipo de establecimientos en los que vivan, en el lugar del trabajo y/o en la sociedad en general;
  - b) Garantizar el acceso de los adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud (en especial mediante un consentimiento fundamentado y el derecho a la confidencialidad), la adquisición de experiencia, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados;
  - c) Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes;
  - d) Garantizar que todas las niñas y niños adolescentes tienen la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo;
  - e) Proteger a los adolescentes contra toda forma de trabajo que pueda poner en peligro el ejercicio de sus derechos, especialmente prohibiendo toda forma de trabajo infantil y reglamentando el entorno laboral y las condiciones de trabajo de conformidad con las normas internacionales;
  - f) Proteger a los adolescentes contra toda forma de lesiones deliberadas o no, con inclusión de las producidas por la violencia y los accidentes del tráfico por carretera;
  - g) Proteger a los adolescentes contra las prácticas tradicionales perjudiciales, como son los matrimonios precoces, las muertes por cuestiones de honor y la mutilación genital femenina;

- h) Asegurar que se tienen plenamente en cuenta a los adolescentes pertenecientes a grupos especialmente vulnerables en el cumplimiento de todas las obligaciones antes mencionadas;
  - i) Aplicar medidas para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de la salud mental en los adolescentes.
- 40. Señala a la atención de los Estados Partes la Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la que se dice que "los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva".
- 41. De conformidad con los artículos 24, 39 y otras disposiciones conexas de la Convención, los Estados Partes deben proporcionar servicios de salud que estén adecuados a las especiales necesidades y derechos humanos de todos los adolescentes, prestando atención a las siguientes características:
  - a) Disponibilidad. La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental.
  - b) Accesibilidad. Deben conocerse las instalaciones, bienes y servicios de salud y ser de fácil acceso (económica, física y socialmente) a todos los adolescentes sin distinción alguna. Debe garantizarse la confidencialidad cuando sea necesaria.
  - c) Aceptabilidad. Además de respetar plenamente las disposiciones y principios de la Convención, todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben respetar los valores culturales, las diferencias entre los géneros, la ética médica y ser aceptables tanto para los adolescentes como para las comunidades en que viven.
  - d) Calidad. Los servicios y los bienes de salud deben ser científica y médica mente adecuados para lo cual es necesario personal capacitado para cuidar de los adolescentes, instalaciones adecuadas y métodos científicamente aceptados.
- 42. Los Estados Partes deben adoptar, siempre que sean factibles, un enfoque multisectorial para promover y proteger la salud y el desarrollo de los adolescentes, facilitando las vinculaciones y las asociaciones efectivas y sostenibles entre todos los actores importantes. A nivel nacional, el enfoque impone una colaboración y una coordinación estrechas y sistemáticas dentro del gobierno, así como la necesaria participación de todas las entidades gubernamentales pertinentes. Deben alejarse asimismo los servicios públicos de salud y de otro tipo utilizados por los adolescentes y ayudarles en la búsqueda de colaborar, por ejemplo, con los profesionales privados y/o tradicionales, las asociaciones profesionales, las farmacias y las organizaciones que proporcionen servicios a los grupos de adolescentes vulnerables.
- 43. Ningún enfoque multisectorial a la promoción y protección de la salud y el desarrollo de los adolescentes será efectivo sin cooperación internacional. Por consiguiente, los Estados Partes deben buscar, cuando lo consideren adecuado, la cooperación con los organismos especializados, los programas y órganos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales internacionales y los organismos de ayuda bilateral, las asociaciones profesionales internacionales y otros actores no estatales.



**Convención sobre los  
Derechos del Niño**

Distr.  
GENERAL

CRC/C/GC/9  
27 de febrero de 2007

Español  
Original: Inglés

**COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

43º período de sesiones  
Ginebra, 11 a 29 de septiembre de 2006

**OBSERVACIÓN GENERAL N° 9 (2006)**

**Los derechos de los niños con discapacidad**

**I. INTRODUCCIÓN**

**A. ¿Por qué una observación general  
sobre los niños con discapacidad?**

1. Se calcula que hay entre 500 y 650 millones de personas con discapacidad en el mundo, aproximadamente el 10% de la población mundial, y 150 millones de ellos son niños. Más del 80% vive en los países en desarrollo con acceso a los servicios escaso o nulo. La mayoría de los niños con discapacidad en los países en desarrollo no están escolarizados y son completamente analfabetos. Está reconocido que la mayor parte de las causas de la discapacidad, tales como la guerra, las enfermedades y la pobreza, se pueden prevenir, lo cual a su vez previene y/o reduce las repercusiones secundarias de las discapacidades, con frecuencia causadas por la falta de una intervención temprana u oportuna. Por consiguiente, hay que adoptar más medidas para movilizar la voluntad política necesaria y lograr un compromiso auténtico de investigar y llevar a la práctica las medidas más eficaces para prevenir las discapacidades con la participación de todas las capas de la sociedad.
2. En los últimos decenios se ha observado un interés positivo hacia las personas con discapacidad en general y los niños en particular. La razón de este nuevo interés se explica en parte porque cada vez se escucha más la voz de las personas con discapacidad y de sus defensores procedentes de las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, y en parte porque cada vez se presta más atención a las personas con discapacidad dentro del marco de los tratados de derechos humanos y de los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas de derechos humanos. Estos órganos tienen posibilidades considerables para promover los derechos de las personas con discapacidad, pero por lo general éstas no se han utilizado suficientemente. Cuando en noviembre de 1989 se aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño (en lo sucesivo "la Convención"), fue el primer tratado

de derechos humanos que contenía una referencia específica a la discapacidad (artículo 2 sobre la no discriminación) y un artículo separado, el 23, dedicado exclusivamente a los derechos y a las necesidades de los niños con discapacidad. Desde que la Convención entró en vigor (2 de septiembre de 1990), el Comité de los Derechos del Niño (en lo sucesivo “el Comité”) ha prestado atención sostenida y especial a la discriminación basada en la discapacidad<sup>1</sup>, mientras que otros órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han prestado atención a la discriminación basada en la discapacidad en relación con “otras categorías” en el contexto del artículo sobre la no discriminación de su convención correspondiente. En 1994 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó su Observación general N° 5 sobre las personas con discapacidad y afirmó en el párrafo 15 que: “Los efectos de la discriminación basada en la discapacidad han sido particularmente graves en las esferas de la educación, el empleo, la vivienda, el transporte, la vida cultural y el acceso a lugares y servicios públicos”. El Relator Especial sobre discapacidad de la Comisión de las Naciones Unidas de Desarrollo Social fue nombrado por primera vez en 1994 y se le encomendó supervisar las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, aprobadas por la Asamblea General en su cuadragésimo octavo período de sesiones, celebrado en 1993 (A/RES/48/96, anexo), y promover la situación de las personas con capacidad en todo el mundo. El 6 de octubre de 1997 el Comité dedicó su día de debate general a los niños con discapacidad y aprobó una serie de recomendaciones (CRC/C/66, párrs. 310 a 339), en que consideró la posibilidad de redactar una observación general sobre los niños con discapacidad. El Comité toma nota con reconocimiento de la labor del Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, y de que aprobara su octavo período de sesiones, celebrado en Nueva York el 25 de agosto de 2006, un proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que debía presentarse al Asamblea General en su sexagésimo primer período de sesiones (A/AC.265/2006/4, anexo II).

3. El Comité, al examinar los informes de los Estados Partes, ha acumulado una gran cantidad de información sobre la situación de los niños con discapacidad en todo el mundo y ha llegado a la conclusión de que en la mayoría abrumadora de países había que hacer algunas recomendaciones especialmente para ocuparse de la situación de los niños con discapacidad. Los problemas que se han determinado y abordado oscilan entre la exclusión de los procesos de adopción de decisiones hasta grave discriminación e incluso homicidio de los niños con discapacidad. Dado que la pobreza es tanto la causa como la consecuencia de la discapacidad, el Comité ha destacado en repetidas ocasiones que los niños con discapacidad y sus familias tienen derecho a un nivel de vida adecuado, en particular una alimentación, vestimenta y vivienda adecuadas, y una mejora continua de sus condiciones de vida. La cuestión de los niños con discapacidad que viven en la pobreza debe tratarse mediante la asignación de recursos presupuestarios suficientes, así como garantizando que los niños con discapacidad tienen acceso a los programas de protección social y reducción de la pobreza.
4. El Comité ha observado que ningún Estado Parte ha formulado reservas ni declaraciones en relación concretamente con el artículo 23 de la Convención.
5. El Comité observa también que los niños con discapacidad siguen experimentando graves dificultades y tropezando con obstáculos en el pleno disfrute de los derechos consagrados en la Convención. El Comité insiste en que los obstáculos no son la discapacidad en sí misma,

{ 168 } <sup>1</sup> Véase Wouter Vandenhove, *Non-Discrimination and Equality in the View of the UN Human Rights Treaty Bodies*, págs. 170 a 172, Amberes/Oxford, Intersentia 2005.

sino más bien una combinación de obstáculos sociales, culturales, de actitud y físicos que los niños con discapacidad encuentran en sus vidas diarias. Por tanto, la estrategia para promover sus derechos consiste en adoptar las medidas necesarias para eliminar esos obstáculos. Reconociendo la importancia de los artículos 2 y 23 de la Convención, el Comité afirma desde el principio que la aplicación de la Convención con respecto a los niños con discapacidad no debe limitarse a esos artículos.

6. La presente observación general tiene por objeto ofrecer orientación y asistencia a los Estados Partes en sus esfuerzos por hacer efectivos los derechos de los niños con discapacidad, de una forma general que abarque todas las disposiciones de la Convención. Por tanto, el Comité en primer lugar hará algunas observaciones relacionadas directamente con los artículos 2 y 23, y a continuación se extenderá sobre la necesidad de prestar atención especial a esos niños e incluir explícitamente a los niños con discapacidad dentro del marco de las medidas generales para la aplicación de la Convención. Esas observaciones serán acompañadas por comentarios sobre el significado y la aplicación de los diversos artículos de la Convención (reunidos en grupos de acuerdo con la práctica del Comité) para los niños con discapacidad.

## B. Definición

7. Según la párrafo 2 del artículo 1 del proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, "Las personas con discapacidad incluirán a quienes tengan impedimentos físicos, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás" (A/AC.265/2006/4, anexo II).

## II. LAS DISPOSICIONES PRINCIPALES PARA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD (ARTÍCULOS 2 Y 23)

### A. Artículo 2

8. El artículo 2 requiere que los Estados Partes aseguren que cada niño sujeto a su jurisdicción disfrute de todos los derechos enunciados en la Convención sin discriminación alguna. Esta obligación exige que los Estados Partes adopten las medidas apropiadas para impedir todas las formas que discriminación, en particular por motivo de la discapacidad. Esta mención explícita de la discapacidad como ámbito prohibido para la discriminación que figura en el artículo 2 es única y se puede explicar por el hecho de que los niños con discapacidad pertenecen a uno de los grupos más vulnerables de niños. En muchos casos, formas de discriminación múltiple -basada en una combinación de factores, es decir, niñas indígenas con discapacidad, niños con discapacidad que viven en zonas rurales, etc.- aumentan la vulnerabilidad de determinados grupos. Por tanto, se ha considerado necesario mencionar la discapacidad explícitamente en el artículo sobre la no discriminación. La discriminación se produce -muchas veces de hecho- en diversos aspectos de la vida y del desarrollo de los niños con discapacidad. Por ejemplo, la discriminación social y el estigma conducen a su marginación y exclusión, e incluso pueden amenazar su supervivencia y desarrollo si llegan hasta la violencia física o mental contra los niños con discapacidad. La discriminación en la prestación de servicios los excluye de la educación y les niega el acceso a los servicios de salud y sociales de calidad. La falta de una educación y formación profesional apropiadas los discrimina negándoles oportunidades de trabajo en el futuro. El estigma social, los temores, la sobreprotección, las actitudes negativas, las ideas equivocadas y los prejuicios imperantes contra los niños con

discapacidad siguen siendo fuertes en muchas comunidades y conducen a la marginación y alienación de los niños con discapacidad. El Comité se extenderá más sobre estos aspectos en los párrafos que vienen a continuación.

9. En general, los Estados Partes en sus esfuerzos por impedir y eliminar todas las formas de discriminación contra los niños con discapacidad deben adoptar las siguientes medidas:
  - a) Incluir explícitamente la discapacidad como motivo prohibido de discriminación en las disposiciones constitucionales sobre la no discriminación y/o incluir una prohibición específica de la discriminación por motivos de discapacidad en las leyes o las disposiciones jurídicas especiales contrarias a la discriminación.
  - b) Prever recursos eficaces en caso de violaciones de los derechos de los niños con discapacidad, y garantizar que esos recursos sean fácilmente accesibles a los niños con discapacidad y a sus padres y/o a otras personas que se ocupan del niño.
  - c) Organizar campañas de concienciación y de educación dirigidas al público en general y a grupos concretos de profesionales con el fin de impedir y eliminar la discriminación de hecho de los niños con discapacidad.
10. Las niñas con discapacidad con frecuencia son todavía más vulnerables a la discriminación debido a la discriminación de género. En este contexto, se pide a los Estados Partes que presten especial atención a las niñas con discapacidad adoptando las medidas necesarias, y en caso de que sea preciso, medidas suplementarias, para garantizar que estén bien protegidas, tengan acceso a todos los servicios y estén plenamente incluidas en la sociedad.

## B. Artículo 23

11. El párrafo 1 del artículo 23 debe considerarse el principio rector para la aplicación de la Convención con respecto a los niños con discapacidad: el disfrute de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. Las medidas que adopten los Estados Partes en cuanto a la realización de los derechos de los niños con discapacidad deben estar dirigidas a este objetivo. El mensaje principal de este párrafo es que los niños con discapacidad deben ser incluidos en la sociedad. Las medidas adoptadas para la aplicación de los derechos contenidos en la Convención con respecto a los niños con discapacidad, por ejemplo en los ámbitos de la educación y de la salud, deben dirigirse explícitamente a la inclusión máxima de esos niños en la sociedad.
12. De acuerdo con el párrafo 2 del artículo 23, los Estados Partes en la Convención reconocen el derecho del niño con discapacidad a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán la prestación de la asistencia necesaria al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado. La asistencia debe ser adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él. El párrafo 3 del artículo 23 ofrece más normas en cuanto al costo de las medidas especiales y precisiones acerca de lo que debe lograr la asistencia.
13. Para cumplir los requisitos del artículo 23 es preciso que los Estados Partes desarrollen y apliquen de forma eficaz una política amplia mediante un plan de acción que no sólo tenga por objeto el pleno disfrute sin discriminación de los derechos consagrados en la Convención, sino que también garantice que un niño con discapacidad y sus padres o las personas que cuiden de él reciban los cuidados y la asistencia especiales a que tienen derecho en virtud de la Convención.

14. En cuanto a los aspectos concretos de los párrafos 2 y 3 del artículo 23, el Comité hace las siguientes observaciones:
  - a) La prestación de atención y asistencia especiales depende de los recursos disponibles y son gratuitos siempre que sea posible. El Comité insta a los Estados Partes a que conviertan en una cuestión de alta prioridad la atención y la asistencia especiales a los niños con discapacidad y a que inviertan el máximo posible de recursos disponibles en la eliminación de la discriminación contra los niños con discapacidad para su máxima inclusión en la sociedad.
  - b) La atención y la asistencia deben estar concebidas para asegurar que los niños con discapacidad tengan acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios de salud, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento. Cuando el Comité se ocupe de los artículos concretos de la Convención expondrá con más detalle las medidas necesarias para lograrlo.
15. En lo que respecta al párrafo 4 del artículo 23, el Comité observa que el intercambio internacional de información entre los Estados Partes en los ámbitos de la prevención y tratamiento es bastante limitado. El Comité recomienda que los Estados Partes adopten medidas eficaces, y con objetivo concreto cuando proceda, para una promoción activa de la información según lo previsto en el párrafo 4 de la artículo 23, para permitir a los Estados Partes mejorar su capacidad y conocimientos especializados en el ámbito de la prevención y el tratamiento de los niños con discapacidad.
16. Frecuentemente no está claro de qué forma y en qué medida se tienen en cuenta las necesidades de los países en desarrollo, según requiere el párrafo 4 del artículo 23. El Comité recomienda enérgicamente a los Estados Partes que aseguren que dentro del marco de la asistencia bilateral o multilateral al desarrollo, se preste especial atención a los niños con discapacidad y a su supervivencia y desarrollo de acuerdo con las disposiciones de la Convención, por ejemplo, por medio de la elaboración y la ejecución de programas especiales dirigidos a su inclusión en la sociedad y la asignación de recursos presupuestarios destinados a ese fin. Se invita a los Estados Partes a proporcionar información en sus informes al Comité sobre las actividades y los resultados de esta cooperación internacional.

### **III. MEDIDAS GENERALES DE APLICACIÓN (ARTÍCULOS 4, 42 Y PÁRRAFO 6 DEL ARTÍCULO 44)<sup>2</sup>**

#### **A. Legislación**

17. Además de las medidas legislativas que se recomiendan con respecto a la no discriminación (véase el párrafo 9 supra), el Comité recomienda que los Estados Partes realicen una revisión general de toda la legislación interna y las directrices administrativas conexas para garantizar que todas las disposiciones de la Convención sean aplicables a todos los niños, incluidos los niños con discapacidad, que deberían mencionarse explícitamente cuando proceda. La legislación interna y las directrices administrativas deben contener disposiciones claras y explícitas para la protección y el ejercicio de los derechos especiales de los niños con discapacidad, en particular los consagrados en el artículo 23 de la Convención.

<sup>2</sup> En la presente observación general el Comité se centra en la necesidad de prestar especial atención a los niños con discapacidad en el contexto de las medidas generales. Para una explicación más exhaustiva del contenido y la importancia de esas medidas, véase la Observación general N° 5 (2003) del Comité sobre las medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

## **B. Planes de acción y políticas nacionales**

18. La necesidad de un plan nacional de acción que integre todas las disposiciones de la Convención es un hecho bien reconocido y el Comité lo ha recomendado con frecuencia a los Estados Partes. Los planes de acción deben ser amplios, en particular los planes y las estrategias para los niños con discapacidad, y deben tener resultados cuantificables. El proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en el párrafo 1 c) de su artículo 4 destaca la importancia de la inclusión de este aspecto, afirmando que los Estados Partes se comprometen a "tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad" (A/AC.265/2006/4, anexo II). También es fundamental que todos los programas estén dotados suficientemente de recursos financieros y humanos y equipados con mecanismos de supervisión incorporados, por ejemplo, indicadores que permitan la medición exacta de los resultados. Otro factor que no se debe pasar por alto es la importancia de incluir a todos los niños con discapacidad en las políticas y los programas. Algunos Estados Partes han iniciado programas excelentes, pero no ha incluido a todos los niños con discapacidad.

## **C. Datos y estadísticas**

19. Para cumplir sus obligaciones, es necesario que los Estados Partes establezcan y desarrollen mecanismos para reunir datos que sean exactos, normalizados y permitan la desagregación, y que reflejen la situación real de los niños con discapacidad. La importancia de esta cuestión con frecuencia se pasa por alto y no se considera una prioridad a pesar de que tiene unos efectos importantes no solamente para las medidas necesarias en materia de prevención, sino también para la distribución de los recursos sumamente valiosos que se necesitan para financiar los programas. Uno de los problemas principales de la obtención de estadísticas exactas es la falta de una definición clara y ampliamente aceptada de discapacidad. Se anima a los Estados Partes a que creen una definición apropiada que garantice la inclusión de todos los niños con discapacidad para que esos niños puedan beneficiarse de la protección y los programas especiales que se desarrollan para ellos. Frecuentemente se requieren medidas suplementarias para reunir datos sobre los niños con discapacidad porque a menudo sus padres o las personas que los cuidan los ocultan.

## **D. Presupuesto**

20. Asignación de recursos: a la luz del artículo 4 "... los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan...". Aunque en la Convención no se hace una recomendación expresa relativa al porcentaje más apropiado del presupuesto del Estado que debe dedicarse a los servicios y programas para los niños, sí se insiste en que los niños deben ser una prioridad. El ejercicio de este derecho ha sido motivo de preocupación para el Comité, ya que muchos Estados Partes no solamente no asignan recursos suficientes, sino que a lo largo de los años han reducido el presupuesto dedicado a los niños. Esta tendencia tiene muchas consecuencias graves, especialmente para los niños con discapacidad, que frecuentemente se encuentran muy abajo, o simplemente no se mencionan, en las listas de prioridades. Por ejemplo, si los Estados Partes no asignan fondos suficientes para garantizar la enseñanza de calidad, obligatoria y gratuita, para todos los niños, es improbable que asignan recursos para formar a maestros para los niños con discapacidad o para proporcionar el material didáctico y el transporte necesario para esos niños. Actualmente la descentralización y la privatización de los servicios son instrumentos de la reforma económica. Sin embargo, no se debe olvidar que en última instancia corresponde al Estado Parte la responsabilidad de supervisar que se asignan fondos suficientes a los niños con discapacidad, junto

con estrictas orientaciones para la prestación de los servicios. Los recursos asignados a los niños con discapacidad deben ser suficientes -y consignados de tal forma que no sean utilizados para otros fines- para cubrir todas sus necesidades, en particular los programas creados para formar a profesionales que trabajan con niños con discapacidad, tales como maestros, fisioterapeutas, los encargados de formular políticas; campañas de educación; apoyo financiero para las familias; mantenimiento de ingresos; seguridad social; dispositivos de apoyo y servicios conexos. Además, también hay que garantizar la financiación para otros programas destinados a incluir a los niños con discapacidad en la enseñanza general, entre otras cosas, renovando las escuelas para hacerlas físicamente accesibles para los niños con discapacidad.

#### **E. Órgano de coordinación: “Centro de coordinación para las discapacidades”**

21. Los servicios para los niños con discapacidad a menudo proceden de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y con bastante frecuencia esos servicios están fragmentados y no están coordinados, a consecuencia de lo cual se produce la superposición de funciones y las lagunas en el suministro. Por consiguiente, se convierte en esencial el establecimiento de un mecanismo apropiado de coordinación. Este órgano debe ser multisectorial, incluyendo a todas las organizaciones, tanto públicas como privadas. Debe estar dotado de capacidad y contar con el apoyo procedente de los niveles más altos posible del gobierno para permitirle que funcione a pleno rendimiento. Un órgano de coordinación para los niños con discapacidad, como parte de un sistema más amplio de coordinación para los derechos del niño o un sistema nacional de coordinación para las personas con discapacidad, tendría la ventaja de trabajar dentro de un sistema ya establecido, siempre y cuando este sistema funcione de forma adecuada y sea capaz de dedicar los recursos financieros y humanos suficientes que son necesarios. Por otra parte, un sistema de coordinación separado podría ayudar a centrar la atención en los niños con discapacidad.

#### **F. Cooperación internacional y asistencia técnica**

22. Para que la información entre los Estados sea libremente accesible y para cultivar una atmósfera propicia para compartir los conocimientos relativos, entre otras cosas, a la gestión y la rehabilitación de los niños con discapacidad, los Estados Partes deben reconocer la importancia de la cooperación internacional y de la asistencia técnica. Se debe prestar atención particular a los países en desarrollo que necesitan asistencia para establecer y/o financiar programas que protegen y promueven los derechos de los niños con discapacidad. Esos países están experimentando dificultades crecientes en la movilización de recursos suficientes para atender las necesidades apremiantes de las personas con discapacidad y necesitarán urgentemente asistencia en la prevención de la discapacidad, la prestación de servicios y la rehabilitación, y la creación de la igualdad de oportunidades. Sin embargo, para responder a esas necesidades crecientes, la comunidad internacional debe explorar nuevas formas y maneras de recaudar fondos, en particular aumentar sustancialmente los recursos, y adoptar las medidas de seguimiento necesarias para la movilización de recursos. Por consiguiente, también hay que alentar las contribuciones voluntarias de los gobiernos, una mayor asistencia regional y bilateral, así como las contribuciones procedentes de fuentes privadas. El UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desempeñado una importante función en la tarea de ayudar a los países a elaborar y ejecutar programas específicos para los niños con discapacidad. El proceso de intercambio de conocimientos también es valioso en lo que respecta a compartir conocimientos médicos actualizados y buenas prácticas, tales como la determinación precoz y los planteamientos basados en la comunidad para la intervención temprana y el apoyo a las familias, así como para abordar problemas comunes.

23. Los países que han padecido o siguen padeciendo conflictos internos o del exterior, durante los cuales se colocaron minas terrestres, tienen problemas particulares. Los Estados Partes con frecuencia desconocen los planes sobre los lugares donde se colocaron las minas terrestres o las municiones sin estallar, y el costo de la remoción de minas es muy alto. El Comité insiste en la importancia de la cooperación internacional de acuerdo con la Convención de 1997 sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción, para impedir las lesiones y las muertes causadas por las minas terrestres y las municiones sin estallar que permanecen en la tierra. A este respecto el Comité recomienda que los Estados Partes cooperen estrechamente con el fin de eliminar completamente todas las minas terrestres y las municiones sin estallar en las zonas de conflicto armado existente u ocurrido en el pasado.

### **G. Supervisión independiente**

24. Tanto la Convención como las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad reconocen la importancia del establecimiento de un sistema apropiado de supervisión<sup>3</sup>. El Comité con mucha frecuencia se ha referido a los Principios de París (A/RES/48/134) como las orientaciones que deben seguir las instituciones nacionales de derechos humanos (véase la Observación general N° 2 (2002) del Comité sobre el papel de las instituciones nacionales independientes de derechos humanos en la promoción y protección de los derechos del niño). Las instituciones nacionales de derechos humanos pueden adoptar muchas formas distintas, tales como un Ombudsman o un comisionado, y pueden tener amplia base o ser específicas. Independientemente del mecanismo que se escoga, deben ser:
- Independientes y dotadas de recursos humanos y financieros suficientes;
  - Conocidas para los niños con discapacidad y las personas que se ocupan de ellos;
  - Accesibles no solamente en el sentido físico, sino también de una forma que permita que los niños con discapacidad envíen sus quejas o problemas con facilidad y confidencialmente;
  - Deben tener la autoridad jurídica apropiada para recibir, investigar y ocuparse de las quejas de los niños con discapacidad de una forma receptiva tanto a la infancia como a sus discapacidades.

### **H. La sociedad civil**

25. Aunque el cuidado de los niños con discapacidad es una obligación del Estado, las organizaciones no gubernamentales con frecuencia asumen esas responsabilidades sin el apoyo, la financiación ni el reconocimiento apropiados de los gobiernos. Por tanto, se alienta a los Estados Partes a que apoyen a esas organizaciones y cooperen con ellas, permitiéndoles participar en la prestación de servicios para los niños con discapacidad y garanticen que funcionan en pleno cumplimiento de las disposiciones y los principios de la Convención. A este respecto el Comité señala a la atención de los Estados Partes las recomendaciones aprobadas en su día de debate general sobre el sector privado como proveedor de servicios, celebrado el 20 de septiembre de 2002 (CRC/C/121, párrs. 630 a 653).

### **I. Difusión de conocimientos y formación de profesionales**

26. El conocimiento de la Convención y sus disposiciones especiales dedicadas a los niños con discapacidad es un instrumento necesario y poderoso para garantizar la realización de esos

{ 174 } <sup>3</sup> Véase también la Observación general N° 5 (1994) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa a las personas con discapacidad.

derechos. Se alienta a los Estados Partes a que difundan conocimientos mediante, entre otras cosas, la organización de campañas sistemáticas de concienciación, la producción de materiales apropiados, tales como versiones para niños de la Convención impresas y en Braille y la utilización de los medios de comunicación para fomentar actitudes positivas hacia los niños con discapacidad.

27. En cuanto a los profesionales que trabajan para los niños con discapacidad y con esos niños, los programas de formación deben incluir una educación especial y centrada en los derechos de los niños con discapacidad, requisito previo para la obtención del diploma. Entre esos profesionales figuran, aunque no exclusivamente, los encargados de formular políticas, los jueces, los abogados, los agentes de orden público, los educadores, los trabajadores sanitarios, los trabajadores sociales y el personal de los medios de comunicación, entre otros.

## **IV. PRINCIPIOS GENERALES**

### **Artículo 2 - La no discriminación**

28. Véanse los párrafos 3 a 10 supra.

### **Artículo 3 - El interés superior del niño**

29. "En todas las medidas concernientes a los niños... una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño". El carácter amplio de este artículo tiene por objeto abarcar todos los aspectos de la atención y de la protección de los niños en todos los entornos. Se dirige a los legisladores que están encargados de establecer el marco jurídico para la protección de los derechos de los niños con discapacidad, así como a los procesos de adopción de decisiones relativas a los niños con discapacidad. El artículo 3 debe ser la base para elaborar los programas y las políticas y debe tenerse debidamente en cuenta en todo servicio prestado a los niños con discapacidad y cualquier medida que los afecte.
30. El interés superior del niño tiene particular importancia en las instituciones y otros centros que ofrecen servicios para los niños con discapacidad, ya que se espera que se ajusten a las normas y a los reglamentos y deben tener como consideración primordial la seguridad, la protección y la atención a los niños, y esta consideración debe pesar más que cualquier otra en todas las circunstancias, por ejemplo, en el momento de asignar fondos.

### **Artículo 6 - El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo**

31. El derecho inherente a la vida, la supervivencia y el desarrollo es un derecho que merece especial atención cuando se trata de niños con discapacidad. En muchos países del mundo los niños con discapacidad son objeto de una multitud de prácticas que completa o parcialmente compromete ese derecho. Además de ser más vulnerables al infanticidio, algunas culturas consideran a un niño con cualquier forma de discapacidad como un mal presagio que puede "manchar el linaje" y, por consiguiente, una persona designada por la comunidad sistemáticamente mata a los niños con discapacidad. Frecuentemente esos delitos quedan sin castigo o sus autores reciben sentencias reducidas. Se insta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas necesarias para poner fin a esas prácticas, en particular aumentando la conciencia pública, estableciendo una legislación apropiada y aplicando leyes que garanticen un castigo adecuado a las personas que directa o indirectamente violan el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo de los niños con discapacidad.

## **Artículo 12 - El respeto a la opinión del niño**

32. Con bastante frecuencia, los adultos con o sin discapacidad formulan políticas y decisiones relacionadas con los niños con discapacidad mientras que los propios niños se quedan fuera del proceso. Es fundamental que los niños con discapacidad sean escuchados en todos los procedimientos que los afecten y que sus opiniones se respeten de acuerdo con su capacidad en evolución. Para respetar este principio, los niños deberían estar representados en diversos órganos, tales como el parlamento, los comités u otros foros donde puedan expresar sus opiniones y participar en la adopción de decisiones que los afectan en tanto que niños en general y niños con discapacidad en particular. Involucrar a los niños en un proceso de esta índole no sólo garantiza que las políticas estén dirigidas a sus necesidades y deseos, sino que además funciona como un instrumento valioso para la inclusión, ya que asegura que el proceso de adopción de decisiones es participatorio. Hay que proporcionar a los niños el modo de comunicación que necesiten para facilitar la expresión de sus opiniones. Además, los Estados partes deben apoyar la formación para las familias y los profesionales en cuanto a la promoción y el respeto de las capacidades en evolución de los niños para asumir responsabilidades crecientes por la adopción de decisiones en sus propias vidas.
33. Los niños con discapacidad frecuentemente necesitan servicios especiales de salud y educación para permitirles llegar al máximo de sus posibilidades, y esta cuestión se examina más adelante. Sin embargo, cabe observar que a menudo se pasa por alto el desarrollo espiritual, emocional y cultural, así como el bienestar de los niños con discapacidad. Su participación en los eventos y actividades que atienden estos aspectos esenciales de la vida de cualquier niño a menudo es inexistente o mínima. Además, cuando se requiere su participación, con frecuencia se limita a actividades destinadas y dirigidas especialmente a los niños con discapacidad. Esta práctica conduce solamente a una mayor marginación de los niños con discapacidad y aumenta su sentimiento de aislamiento. Los programas y las actividades dirigidos al desarrollo cultural del niño y a su bienestar espiritual deben involucrar y servir tanto a los niños con discapacidad, como sin ella, de una forma integrada y participatoria.

## **V. DERECHOS Y LIBERTADES CIVILES (ARTÍCULOS 7, 8, 13 A 17 Y APARTADO a) DEL ARTÍCULO 37)**

34. El derecho al nombre y a la nacionalidad, la preservación de la identidad, la libertad de expresión, la libertad de pensamiento, conciencia y religión, la libertad de asociación y reunión pacífica, el derecho a la vida privada y el derecho a no ser sometido a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a no ser privado de libertad arbitrariamente son todos derechos y libertades civiles universales que deben respetarse, protegerse y promoverse para todos, incluidos los niños con discapacidad. Hay que prestar atención especial en este caso a los ámbitos donde es más probable que se violen los derechos de los niños con discapacidad o donde se requieren programas especiales para su protección.

### **A. Registro del nacimiento**

35. Los niños con discapacidad son vulnerables de forma desproporcionada a que no se los inscriba en el registro al nacer. Sin el registro del nacimiento no están reconocidos por la ley y se convierten en invisibles en las estadísticas gubernamentales. La no inscripción en el registro tiene profundas consecuencias para el disfrute de sus derechos humanos, en particular la falta de nacionalidad y acceso a los servicios sociales y de salud y a la educación. Los niños con

discapacidad cuyo nacimiento no se escribe en el registro corren un mayor riesgo de descuido, institucionalización e incluso muerte.

36. A la luz del artículo 7 de la Convención, el Comité recomienda que los Estados Partes adopten todas las medidas apropiadas para garantizar la inscripción de los niños con discapacidad al nacer. Estas medidas deben incluir el desarrollo y la aplicación de un sistema eficaz de inscripción de nacimientos, la exención de las tasas de inscripción, la introducción de oficinas de inscripción móviles y, para los niños que todavía no estén inscritos, unidades de inscripción en las escuelas. En este contexto, los Estados Partes deben garantizar que las disposiciones del artículo 7 se aplican plenamente de conformidad con los principios de la no discriminación (art. 2) y del interés superior del niño (art. 3).

### **B. Acceso a la información apropiada y a los medios de comunicación**

37. El acceso a la información y a los medios de comunicación, en particular las tecnologías y los sistemas de la información y de las comunicaciones, permite a los niños con discapacidad vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Los niños con discapacidad y las personas que los cuidan deben tener acceso a la información relacionada con sus discapacidades, para que puedan estar adecuadamente informados acerca de la discapacidad, incluidas sus causas, sus cuidados y el pronóstico. Estos conocimientos son sumamente valiosos, ya que no solamente les permiten ajustarse y vivir mejor con su discapacidad, sino que también les dan la posibilidad de participar más en sus propios cuidados y adoptar decisiones sobre la base de la información recibida. Además, hay que dotar a los niños con discapacidad de la tecnología apropiada y otros servicios y/o lenguajes, por ejemplo Braille y el lenguaje por señas, que les permitirán tener acceso a todas las formas de los medios de comunicación, en particular la televisión, la radio y los materiales impresos, así como los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida la Internet.
38. Por otra parte, los Estados Partes deben proteger a todos los niños, incluidos los niños con discapacidad, de la información perjudicial, especialmente los materiales pornográficos y los materiales que promueven la xenofobia o cualquier otra forma de discriminación y podrían reforzar los prejuicios.

### **C. Accesibilidad al transporte y las instalaciones públicas**

39. La inaccesibilidad física del transporte público y de otras instalaciones, en particular los edificios gubernamentales, las zonas comerciales, las instalaciones de recreo, entre otras, es un factor importante de marginación y exclusión de los niños con discapacidad y compromete claramente su acceso a los servicios, en particular la salud y la educación. Aunque esta disposición tal vez esté prácticamente realizada en los países desarrollados, en el mundo en desarrollo por lo general no ha recibido atención. Se insta a todos los Estados Partes a que establezcan las políticas y los procedimientos apropiados para que el transporte sea seguro, fácilmente accesible para los niños con discapacidad y gratuito, siempre que sea posible, teniendo en cuenta los recursos financieros de los padres u otras personas que se ocupan del niño.
40. Todos los edificios públicos nuevos deben ajustarse a las especificaciones internacionales para el acceso de las personas con discapacidad, y los edificios públicos existentes, en particular las escuelas, los centros de salud, los edificios gubernamentales y las zonas comerciales, deben ser modificados en la medida de lo necesario para hacerlos lo más accesibles posible.

**VI. ENTORNO FAMILIAR Y OTRO  
TIPO DE TUTELA (ARTÍCULOS 5 Y 9 A  
11, PÁRRAFOS 1 Y 2 DEL ARTÍCULO  
18, ARTÍCULOS 19 AL 21 Y 25, PÁRRAFO  
4 DEL ARTÍCULO 27 Y ARTÍCULO 39)**

**A. Apoyo familiar y responsabilidades parentales**

41. La mejor forma de cuidar y atender a los niños con discapacidad es dentro de su propio entorno familiar, siempre y cuando la familia tenga medios suficientes en todos los sentidos. Este apoyo de las familias incluye la educación de los padres y los hermanos, no solamente en lo que respecta a la discapacidad y sus causas, sino también las necesidades físicas y mentales únicas de cada niño; el apoyo psicológico receptivo a la presión y a las dificultades que significan para las familias los niños con discapacidad; la educación en cuando el lenguaje común de la familia, por ejemplo, el lenguaje por señas, para que los padres y los hermanos puedan comunicarse con los familiares con discapacidad; apoyo material en forma de prestaciones especiales, así como de artículos de consumo y el equipo necesario, tales como muebles especiales y dispositivos de movilidad que se consideran necesarios para el niño con discapacidad para que tenga un tipo de vida digno e independiente y sea incluido plenamente en la familia y en la comunidad. En este contexto, hay que ofrecer apoyo a los niños que están afectados por la discapacidad de las personas que los cuidan. Por ejemplo, un niño que vive con uno de los padres o con otra persona con discapacidad que le atiende, debe recibir el apoyo que proteja plenamente sus derechos y le permita continuar viviendo con ese parente siempre y cuando responda al interés superior del niño. Los servicios de apoyo también deben incluir diversas formas de cuidados temporales, tales como asistencia en el hogar o servicios de atención diurna directamente accesibles en la comunidad. Estos servicios permiten que los padres trabajen, así como aligeran la presión y mantienen entornos familiares saludables.

**B. La violencia, los abusos y el descuido**

42. Los niños con discapacidad son más vulnerables a todos los tipos de abuso, sea mental, físico o sexual en todos los entornos, incluidos la familia, las escuelas, las instituciones privadas y públicas, entre otras cosas, otros tipos de cuidados, el entorno laboral y la comunidad en general. Con frecuencia se repite el dato de que los niños con discapacidad tienen cinco veces más probabilidades de ser víctimas de abusos. En el hogar y en las instituciones, los niños con discapacidad a menudo son objeto de violencia física y mental y abusos sexuales, y son especialmente vulnerables al descuido y al trato negligente, ya que con frecuencia representan una carga adicional física y financiera para la familia. Además, la falta de acceso a un mecanismo funcional que reciba y supervise las quejas propicia el abuso sistemático y continuo. El hostigamiento en la escuela es una forma particular de violencia a la que los niños están frecuentemente expuestos, y esta forma de abuso está dirigida contra los niños con discapacidad. Su vulnerabilidad particular se puede explicar, entre otras cosas, por las siguientes razones principales:
  - a) Su incapacidad de oír, moverse y vestirse, lavarse y bañarse independientemente aumenta su vulnerabilidad a la atención personal invasiva y a los abusos.
  - b) Vivir aislados de los padres, de los hermanos, de la familia ampliada y de los amigos aumenta la probabilidad de los abusos.
  - c) Si tienen discapacidades de comunicación o intelectuales, pueden ser objeto de falta de

atención, incredulidad y falta de comprensión si se quejan de los abusos.

- d) Los padres y otras personas que se ocupan del niño pueden encontrarse bajo considerable presión debido a los problemas físicos, financieros y emocionales que produce la atención al niño. Los estudios indican que las personas bajo presión son más proclives a los abusos.
  - e) A veces se considera equivocadamente que los niños con discapacidad son seres no sexuales y que no comprenden sus propios cuerpos y, por tanto, pueden ser objeto de personas tendientes al abuso, en particular los que basan los abusos en la sexualidad.
43. Se insta a los Estados Partes a que, al hacer frente a la cuestión de la violencia y los abusos, adopten todas las medidas necesarias para la prevención del abuso y de la violencia contra los niños con discapacidad, tales como:
- a) Formar y educar a los padres u otras personas que cuidan al niño para que comprendan los riesgos y detecten las señales de abuso en el niño;
  - b) Asegurar que los padres se muestren vigilantes al elegir a las personas encargadas de los cuidados y las instalaciones para sus niños y mejorar su capacidad para detectar el abuso;
  - c) Proporcionar y alentar los grupos de apoyo a los padres, los hermanos y otras personas que se ocupan del niño para ayudarles a atender a sus niños y a hacer frente a su discapacidad;
  - d) Asegurar que los niños y los que les prestan cuidados saben que el niño tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto y que ellos tienen el derecho de quejarse a las autoridades competentes si hay infracciones de esos derechos;
  - e) Asegurarse de que las escuelas adoptan todas las medidas para luchar contra el hostigamiento en la escuela y prestan especial atención a los niños con discapacidad ofreciéndoles la protección necesaria, al mantener al mismo tiempo su inclusión en el sistema educativo general;
  - f) Asegurar que las instituciones que ofrecen cuidados a los niños con discapacidad están dotadas de personal especialmente capacitado, que se atiene a las normas apropiadas, está supervisado y evaluado periódicamente y tiene mecanismos de queja accesibles y receptivos;
  - g) Establecer un mecanismo accesible de queja favorable a los niños y un sistema operativo de supervisión basado en los Principios de París (ver el párrafo 24 supra);
  - h) Adoptar todas las medidas legislativas necesarias para castigar y alejar a los autores de los delitos del hogar, garantizando que no se priva al niño de su familia y que continúa viviendo en un entorno seguro y saludable;
  - i) Garantizar el tratamiento y la reintegración de las víctimas del abuso y de la violencia, centrándose especialmente en los programas generales de recuperación.
44. En este contexto el Comité quisiera señalar a la atención de los Estados Partes el informe del experto independiente de las Naciones Unidas para el estudio de la violencia contra los niños (A/61/299), que se refiere a los niños con discapacidad como un grupo de niños especialmente vulnerables a la violencia. El Comité alienta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas apropiadas para aplicar las recomendaciones generales y las recomendaciones según el entorno contenidas en ese informe.

### **C. Sistema de guarda de tipo familiar**

45. La función de la familia ampliada, que sigue siendo el principal pilar de la atención al niño en muchas comunidades y se considera una de las mejores alternativas al cuidado del niño, debe fortalecerse y potenciarse para apoyar al niño y a sus padres o a otras personas que se ocupan de él.
46. Reconociendo que los hogares de guarda constituyen una forma aceptada y difundida en la práctica de otros tipos de cuidados en muchos Estados Partes, sin embargo es un hecho que muchos hogares de guarda son renuentes a aceptar el cuidado del niño con discapacidad, ya que estos niños con frecuencia plantean problemas porque pueden necesitar cuidados supplementarios y existen requisitos especiales en su educación física, psicológica y mental. Por tanto, las organizaciones que se encargan de la colocación de los niños en hogares de guarda deben ofrecer la formación y el aliento necesarios a las familias adecuadas y prestar el apoyo que permita al hogar de guarda atender de forma apropiada al niño con discapacidad.

### **D. Instituciones**

47. El Comité ha expresado a menudo su preocupación por el gran número de niños con discapacidad que son colocados en instituciones y por que la institucionalización sea la opción preferida en muchos países. La calidad de los cuidados que se ofrecen, sea de educación, médicos o de rehabilitación, con frecuencia es muy inferior al nivel necesario para la atención a los niños con discapacidad por falta de normas explícitas o por la no aplicación de las normas y la ausencia de supervisión. Las instituciones también son un entorno particular en que los niños con discapacidad son más vulnerables a los abusos mentales, físicos, sexuales y de otro tipo, así como al descuido y al trato negligente a (véanse los párrafos 42 a 44 supra). Por consiguiente, el Comité insta a los Estados Partes a que utilicen la colocación en instituciones únicamente como último recurso, cuando sea absolutamente necesario y respondiendo al interés superior del niño. Recomienda que los Estados Partes impidan la colocación en instituciones exclusivamente con el objetivo de limitar la libertad del niño o su libertad de movimiento. Además, hay que prestar atención a la transformación de las instituciones existentes, dando preferencia a los pequeños centros de tipo residencial organizados en torno a los derechos y a las necesidades del niño, al desarrollo de normas nacionales para la atención en las instituciones y al establecimiento de procedimientos estrictos de selección y supervisión para garantizar la aplicación eficaz de esas normas.
48. Preocupa al Comité el hecho de que a menudo no se escucha a los niños con discapacidad en los procesos de separación y colocación. En general, en el proceso de adopción de decisiones no se da un peso suficiente a los niños como interlocutores, aunque la decisión que se tome puede tener un efecto trascendental en la vida y en el futuro del niño. Por consiguiente, el Comité recomienda que los Estados Partes continúen e intensifiquen sus esfuerzos por tener en cuenta las opiniones de los niños con discapacidad y faciliten su participación en todas las cuestiones que les afectan dentro del proceso de evaluación, separación y colocación fuera del hogar y durante el proceso de transición. El Comité insiste también en que se escuche a los niños a lo largo de todo el proceso de adopción de la medida de protección, antes de tomar la decisión, cuando se aplica ésta y también ulteriormente. En este contexto, el Comité señala a la atención de los Estados Partes las recomendaciones del Comité aprobadas el día de su debate general sobre los niños carentes de cuidados parentales, celebrado el 16 de septiembre 2005 (CRC/C/153, párrs. 636 a 689).
49. Al ocuparse de la institucionalización, se insta por tanto a los Estados Partes a que establezcan programas para la desinstitucionalización de los niños con discapacidad, la sustitución de las

instituciones por sus familias, familias ampliadas o el sistema de guarda. Hay que ofrecer a los padres y a otros miembros de la familia ampliada el apoyo y la formación necesarios y sistemáticos para incluir al niño otra vez en su entorno familiar.

#### **E. Revisión periódica de la colocación**

50. Sea cual fuere la forma de colocación que hayan escogido las autoridades competentes para los niños con discapacidad, es fundamental que se efectúe una revisión periódica del tratamiento que se ofrece al niño y de todas las circunstancias relacionadas con su colocación con objeto de supervisar su bienestar.

### **VII. SALUD BÁSICA Y BIENESTAR (ARTÍCULO 6, PÁRRAFO 3 DEL ARTÍCULO 18, ARTÍCULOS 23, 24 Y 26 Y PÁRRAFOS 1 A 3 DEL ARTÍCULO 27)**

#### **A. El derecho a la salud**

51. El logro del mejor posible estado de salud, así como el acceso y la asequibilidad de la atención de la salud de calidad es un derecho inherente para todos los niños. Los niños con discapacidad muchas veces se quedan al margen de todo ello debido a múltiples problemas, en particular la discriminación, la falta de acceso y la ausencia de información y/o recursos financieros, el transporte, la distribución geográfica y el acceso físico a los servicios de atención de la salud. Otro factor es la ausencia de programas de atención de la salud dirigidos a las necesidades específicas de los niños con discapacidad. Las políticas sanitarias deben ser amplias y ocuparse de la detección precoz de la discapacidad, la intervención temprana, en particular el tratamiento psicológico y físico, la rehabilitación, incluidos aparatos físicos, por ejemplo prótesis de miembros, artículos para la movilidad, aparatos para oír y ver.
52. Es importante insistir en que los servicios de salud deben proporcionarse dentro del mismo sistema de salud pública que atiende a los niños que no tienen discapacidad, de forma gratuita siempre que sea posible, y deben ser actualizados y modernizados en la medida de lo posible. Hay que destacar la importancia de las estrategias de asistencia y rehabilitación basadas en la comunidad cuando se ofrezcan servicios de salud a los niños con discapacidad. Los Estados Partes deben garantizar que los profesionales de la salud que trabajen con niños con discapacidad tengan la mejor formación posible y que se dediquen a la práctica de forma centrada en el niño. A este respecto, muchos Estados Partes se beneficiarían grandemente de la cooperación internacional con las organizaciones internacionales, así como con otros Estados Partes.

#### **B. Prevención**

53. Dado que las causas de la discapacidad son múltiples, varían la calidad y el grado de prevención. Las enfermedades hereditarias que con frecuencia son causa de la discapacidad se pueden prevenir en algunas sociedades que practican los matrimonios consanguíneos, y en esas circunstancias se recomienda organizar campañas públicas de concienciación y análisis apropiados anteriores a la concepción. Las enfermedades contagiosas siguen siendo la causa de muchas discapacidades en el mundo, y es preciso intensificar los programas de inmunización con el fin de lograr la inmunización universal contra todas las enfermedades contagiosas prevenibles. La mala nutrición tiene repercusiones a largo plazo para el desarrollo del niño, y puede producir discapacidad, como, por ejemplo, la ceguera causada por la deficiencia de la

vitamina A. El Comité recomienda que los Estados Partes introduzcan y fortalezcan la atención prenatal para los niños y aseguren una asistencia de la calidad durante el parto. También recomienda que los Estados Partes proporcionen servicios adecuados de atención de la salud posnatal y organicen campañas para informar a los padres y a otras personas que cuidan al niño sobre los cuidados de salud básicos del niño y la nutrición. A este respecto el Comité recomienda que los Estados Partes sigan cooperando y soliciten asistencia técnica a la OMS y al UNICEF.

54. Los accidentes domésticos y de tráfico son una causa importante de discapacidad en algunos países y es preciso establecer y aplicar políticas de prevención, tales como leyes sobre los cinturones de seguridad y la seguridad vial. Los problemas del tipo de vida, tales como el abuso del alcohol y de las drogas durante el embarazo, también son causas prevenibles de discapacidad, y en algunos países el síndrome alcohólico fetal representa un gran motivo de preocupación. La educación pública, la localización y el apoyo para las madres embarazadas que pueden estar abusando del alcohol y las drogas son algunas de las medidas que se pueden adoptar para prevenir esas causas de discapacidad entre los niños. Las toxinas del medio ambiente peligroso también contribuyen a las causas de muchas discapacidades. En la mayoría de los países se encuentran toxinas tales como el plomo, el mercurio, el asbestos, etc. Los países deberían establecer y aplicar políticas para impedir los vertidos de materiales peligrosos y otras formas de contaminación ambiental. Además, deben establecerse directrices y salvaguardias estrictas para prevenir los accidentes por radiación.
55. Los conflictos armados y sus consecuencias, en particular la disponibilidad y el acceso a las armas pequeñas y armas ligeras también son causas importantes de discapacidad. Los Estados Partes están obligados a adoptar todas las medidas necesarias para proteger a los niños de los efectos perjudiciales de la guerra y de la violencia armada y garantizar que los niños afectados por los conflictos armados tengan acceso a servicios sociales y de salud adecuados y, en particular, la recuperación psicosocial y la reintegración social. En particular, el Comité insiste en la importancia de educar a los niños, a los padres y al público en general acerca de los peligros de las minas terrestres y las municiones sin estallar para prevenir las lesiones y la muerte. Es crucial que los Estados Partes continúen localizando las minas terrestres y las municiones sin estallar, adopten medidas para mantener a los niños alejados de las zonas sospechosas y fortalezcan sus actividades de remoción de minas y, cuando proceda, soliciten asistencia técnica y apoyo financiero en el marco de la cooperación internacional, en particular a los organismos de las Naciones Unidas (véanse también el párrafo 23 supra sobre las minas terrestres y las municiones sin estallar y el párrafo 78 infra sobre los conflictos armados en relación con las medidas especiales de protección).

### C. Detección precoz

56. Con frecuencia las discapacidades se detectan bastante tarde en la vida del niño, lo cual lo priva del tratamiento y la rehabilitación eficaces. La detección precoz requiere que los profesionales de la salud, los padres, los maestros, así como otros profesionales que trabajen con niños, estén muy alertas. Deberían ser capaces de determinar los primeros síntomas de discapacidad y remitir a los niños a los especialistas apropiados para el diagnóstico y el tratamiento. Por consiguiente, el Comité recomienda que los Estados Partes establezcan sistemas de detección precoz e intervención temprana como parte de sus servicios de salud, junto con la inscripción de los nacimientos y los procedimientos para seguir el progreso de los niños diagnosticados con una discapacidad a una edad temprana. Los servicios deben estar basados tanto en la comunidad como en el hogar y ser de fácil acceso. Además, para una transi-

ción fácil del niño hay que establecer vínculos entre los servicios de intervención temprana, los centros preescolares y las escuelas.

57. Despues del diagnóstico, los sistemas existentes deben ser capaces de una intervención temprana, incluidos el tratamiento y la rehabilitación, proporcionando todos los dispositivos necesarios que permitan a los niños con discapacidad llegar a todas sus posibilidades funcionales en cuanto a movilidad, aparatos de oír, anteojos y prótesis, entre otras cosas. También hay que destacar que estos artículos deben ofrecerse gratuitamente, siempre que sea posible, y el proceso de adquisición de esos servicios debe ser eficiente y sencillo, evitando las largas esperas y los trámites burocráticos.

#### **D. Atención multidisciplinaria**

58. Con frecuencia los niños con discapacidad tienen múltiples problemas de salud que deben ser abordados por un equipo. A menudo hay muchos profesionales que participan en el cuidado del niño, tales como neurólogos, psicólogos, psiquiatras, médicos especializados en ortopedia y fisioterapeutas, entre otros. La solución perfecta sería que esos profesionales determinaran colectivamente un plan de tratamiento para el niño con discapacidad que garantizara que se le presta la atención sanitaria más eficiente.

#### **E. Salud y desarrollo de los adolescentes**

59. El Comité observa que los niños con discapacidad, en particular durante la adolescencia, hacen frente a muchos problemas y riesgos en el ámbito del establecimiento de relaciones con sus pares y de salud reproductiva. Por consiguiente, el Comité recomienda a los Estados Partes que proporcionen a los adolescentes con discapacidad, cuando proceda, información, orientaciones y consultas adecuadas, relacionadas concretamente con la discapacidad y tengan plenamente en cuenta las Observaciones generales del Comité N° 3 (2003) sobre el VIH/ SIDA y los derechos del niño y la N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.
60. El Comité está profundamente preocupado por la práctica prevaleciente de esterilización forzada de los niños con discapacidad, en particular las niñas. Esta práctica, que todavía existe, viola gravemente el derechos del niño a su integridad física y produce consecuencias adversas durante toda la vida, tanto para la salud física como mental. Por tanto, el Comité exhorta a los Estados Partes a que prohíban por ley la esterilización forzada de los niños por motivo de discapacidad.

#### **F. Investigación**

61. Las causas, la prevención y el cuidado de las discapacidades no recibe la tan necesaria atención en los programas de investigación nacionales e internacionales. Se alienta a los Estados Partes a que asignen prioridad a esta cuestión y garanticen la financiación y la supervisión de la investigación centrada en la discapacidad, prestando especial atención a su aspecto ético.

### **VIII. EDUCACIÓN Y OCIO (ARTÍCULOS 28, 29 Y 31)**

#### **A. Educación de calidad**

62. Los niños con discapacidad tienen el mismo derecho a la educación que todos los demás niños y disfrutarán de ese derecho sin discriminación alguna y sobre la base de la igualdad de

oportunidades, según se estipula en la Convención<sup>4</sup>. Con este fin, el acceso efectivo de los niños con discapacidad a la enseñanza debe garantizarse para promover el desarrollo de "la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades" (véanse los artículos 28 y 29 de la Convención y la Observación general N° 1 del Comité (2001) sobre los propósitos de la educación). En la Convención se reconoce la necesidad de modificar las prácticas en las escuelas y de formar a maestros de enseñanza general para prepararlos a enseñar a los niños diversas aptitudes y garantizar que logren resultados académicos positivos.

63. Dado que los niños con discapacidad se diferencian mucho entre sí, los padres, los maestros y otros profesionales especializados tienen que ayudar a cada niño a desarrollar su forma y sus aptitudes de comunicación, lenguaje, interacción, orientación y solución de problemas que se ajusten mejor a las posibilidades de ese niño. Toda persona que fomente las capacidades, las aptitudes y el desarrollo del niño tiene que observar atentamente su progreso y escuchar con atención la comunicación verbal y emocional del niño para apoyar su educación y desarrollo de formar bien dirigida y apropiada al máximo.

## B. Autoestima y autosuficiencia

64. Es fundamental que la educación de un niño con discapacidad incluya la potenciación de su conciencia positiva de sí mismo, asegurando que el niño siente que es respetado por los demás como ser humano sin limitación alguna de su dignidad. El niño tiene que ser capaz de observar que los demás le respesan y reconocen sus derechos humanos y libertades. La inclusión del niño con discapacidad en los grupos de niños en el aula puede mostrarle que tiene una identidad reconocida y que pertenece a una comunidad de alumnos, pares y ciudadanos. Hay que reconocer más ampliamente y promover el apoyo de los pares para fomentar la autoestima de los niños con discapacidad. La educación también tiene que proporcionar al niño una experiencia potenciadora de control, logro y éxito en la máxima medida posible para el niño.

## C. Educación en el sistema escolar

65. La educación en la primera infancia tiene importancia especial para los niños con discapacidad, ya que con frecuencia su discapacidad y sus necesidades especiales se reconocen por primera vez en esas instituciones. La intervención precoz es de máxima importancia para ayudar a los niños a desarrollar todas sus posibilidades. Si se determina que un niño tiene una discapacidad o un retraso en el desarrollo a una etapa temprana, el niño tiene muchas más oportunidades de beneficiarse de la educación en la primera infancia, que debe estar dirigida a responder a sus necesidades personales. La educación en la primera infancia ofrecida por el Estado, la comunidad o las instituciones de la sociedad civil puede proporcionar una gran asistencia al bienestar y el desarrollo de todos los niños con discapacidad (véase la Observación general del Comité N° 7 (2005) sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia). La educación primaria, incluida la escuela primaria y, en muchos Estados Partes, también la escuela secundaria, debe ofrecerse a los niños con discapacidad gratuitamente.

4 En este contexto el Comité quisiera referirse a la Declaración del Milenio (A/RES/55/2) y en particular al objetivo 2 de desarrollo del Milenio relacionado con el logro de la enseñanza primaria universal, según el cual los gobiernos están comprometidos a "velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria y que los niños y niñas tengan igualdad de acceso a todos los niveles de la enseñanza". El Comité también quisiera hacer referencia a otros compromisos internacionales que hacen suya la idea de la educación inclusiva, entre otros, la Declaración de Salamanca sobre principios, política y práctica relativos a las necesidades especiales en materia de educación: acceso y calidad, Salamanca (España), 7 a 10 de junio de 1994 (UNESCO y Ministerio de Educación y Ciencia de España) y el Marco de Acción de Dakar sobre Educación para Todos: Cumplir Nuestros Compromisos Comunes, aprobado en el Foro Mundial sobre la Educación, Dakar (Senegal), 26 a 28 de abril de 2000.

Todas las escuelas deberían no tener barreras de comunicación ni tampoco barreras físicas que impidan el acceso de los niños con movilidad reducida. También la enseñanza superior, accesible sobre la base de la capacidad, tiene que ser accesible a los adolescentes que reúnen los requisitos necesarios y que tienen una discapacidad. Para ejercer plenamente su derecho a la educación, muchos niños necesitan asistencia personal, en particular, maestros formados en la metodología y las técnicas, incluidos los lenguajes apropiados, y otras formas de comunicación, para enseñar a los niños con una gran variedad de aptitudes, capaces de utilizar estrategias docentes centradas en el niño e individualizadas, materiales docentes apropiados y accesibles, equipos y aparatos de ayuda, que los Estados Partes deberían proporcionar hasta el máximo de los recursos disponibles.

#### D. La educación inclusiva

66. La educación inclusiva<sup>5</sup> debe ser el objetivo de la educación de los niños con discapacidad. La forma y los procedimientos de inclusión se verán determinados por las necesidades educacionales individuales del niño, ya que la educación de algunos niños con discapacidad requiere un tipo de apoyo del que no se dispone fácilmente en el sistema docente general. El Comité toma nota del compromiso explícito con el objetivo de la educación inclusiva contenido en el proyecto de convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la obligación de los Estados de garantizar que las personas, incluidos los niños, con discapacidad no queden excluidas del sistema de educación general por motivos de discapacidad y que reciban el apoyo necesario dentro del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva. Alienta a los Estados Partes que todavía no hayan iniciado un programa para la inclusión a que introduzcan las medidas necesarias para lograr ese objetivo. Sin embargo, el Comité destaca que el grado de inclusión dentro del sistema de educación general puede variar. En circunstancias en que no sea factible una educación plenamente inclusiva en el futuro inmediato deben mantenerse opciones continuas de servicios y programas.
67. El movimiento en pro de la educación inclusiva ha recibido mucho apoyo en los últimos años. No obstante, el término “inclusivo” puede tener significados diferentes. Básicamente, la educación inclusiva es un conjunto de valores, principios y prácticas que tratan de lograr una educación cabal, eficaz y de calidad para todos los alumnos, que hace justicia a la diversidad de las condiciones de aprendizaje y a las necesidades no solamente de los niños con discapacidad, sino de todos los alumnos. Este objetivo se puede lograr por diversos medios organizativos que respeten la diversidad de los niños. La inclusión puede ir desde la colocación a tiempo completo de todos los alumnos con discapacidad en un aula general o la colocación en una clase general con diversos grados de inclusión, en particular una determinada parte de educación especial. Es importante comprender que la inclusión no debe entenderse y practicarse simplemente como la integración de los niños con discapacidad en el sistema general independientemente de sus problemas y necesidades. Es fundamental la estrecha cooperación entre los educadores especiales y los de enseñanza general. Es preciso volver a evaluar y desarrollar los programas escolares para atender las necesidades de los niños sin y con discapacidad. Para poner en práctica plenamente la idea de la educación inclusiva, es necesario lograr la modificación de los programas de formación para maestros y otro tipo de personal

<sup>5</sup> Las Directrices de la UNESCO para la inclusión: garantizar el acceso a la educación para todos (UNESCO, 2005) ofrece la siguiente definición: “la inclusión se considera un proceso de ocuparse y responder a la diversidad de necesidades de todos los alumnos por medio de una mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reducir la exclusión dentro de la educación y de la educación. Significa cambios y modificaciones de contenido, enfoques, estructuras y estrategias, con una visión común que abarca a todos los niños del grupo de edad apropiado y el convencimiento de que es la responsabilidad del sistema de enseñanza general educar a todos los niños... la inclusión se ocupa de la determinación y la eliminación de barreras...” (páginas 13 y 15 de la versión inglesa).

involucrado en el sistema educativo.

### **E. Preparación para el trabajo y formación profesional**

68. La educación de preparación para el trabajo y la transición es para todas las personas con discapacidad independientemente de su edad. Es fundamental empezar la preparación a una edad temprana porque el desarrollo de una carrera se considera un proceso que empieza pronto y continúa toda la vida. Desarrollar la conciencia de una carrera y las aptitudes profesionales lo antes posible, empezando en la escuela primaria, permite a los niños elegir mejores opciones más tarde en la vida en cuanto a empleo. La educación para el trabajo en la escuela primaria no significa utilizar a los niños pequeños para realizar trabajos que, a la postre, abren la puerta a la explotación económica. Empieza con que los alumnos eligen unos objetivos de acuerdo con sus capacidades en evolución a una edad temprana. A continuación se les debe ofrecer un programa académico funcional de escuela secundaria que proporciona los conocimientos especializados adecuados y acceso a la experiencia de trabajo, con una coordinación y supervisión sistemáticas entre la escuela y el lugar de trabajo.
69. La educación para el trabajo y las aptitudes profesionales deben incluirse en el programa de estudios. La conciencia de una carrera y la formación profesional deben incorporarse en los cursos de enseñanza obligatoria. En los países en que la enseñanza obligatoria no va más allá de la escuela primaria, la formación profesional después de la escuela primaria debe ser obligatoria para los niños con discapacidad. Los gobiernos deben establecer políticas y asignar fondos suficientes para la formación profesional.

### **F. El esparcimiento y las actividades culturales**

70. La Convención estipula en el artículo 31 el derecho de los niños al esparcimiento y a las actividades culturales propias de su edad. Este artículo debe interpretarse de modo que incluya las edades mental, psicológica y física y la capacidad del niño. Está reconocido que el juego es la mejor fuente de aprendizaje de diversas aptitudes, en particular el trato social. El logro de la plena inclusión de los niños con discapacidad en la sociedad ocurre cuando se ofrecen a los niños la oportunidad, los lugares y el tiempo para jugar entre ellos (niños con discapacidad y sin discapacidad). Es preciso incluir la formación para las actividades recreativas, el ocio y el juego para los niños con discapacidad en edad escolar.
71. Hay que ofrecer a los niños con discapacidad oportunidades iguales de participar en diversas actividades culturales y artísticas, así como en los deportes. Esas actividades deben considerarse tanto un medio de expresión como un medio de realizar una vida satisfactoria y de calidad.

### **G. Deportes**

72. Las actividades deportivas competitivas y no competitivas deben estar concebidas de forma que incluyan a los niños con discapacidad siempre que sea posible. Esto significa que un niño con discapacidad que puede competir con niños que no tienen discapacidad debe recibir aliento y apoyo para hacerlo. Sin embargo, los deportes son un ámbito en que, debido a las exigencias físicas de la actividad, los niños con discapacidad con frecuencia deben tener juegos y actividades exclusivos donde puedan competir de forma equitativa y segura. Cabe destacar, no obstante, que cuando se celebran eventos exclusivos de este tipo, los medios de comunicación deben desempeñar su función de forma responsable prestándoles la misma atención que la que prestan a los deportes de los niños sin discapacidad.

## **IX. MEDIDAS ESPECIALES DE PROTECCIÓN (ARTÍCULOS 22, 30 Y 32 A 36, APARTADOS b) A d) DEL ARTÍCULO 37, Y ARTÍCULOS 38, 39 Y 40)**

### **A. Sistema de justicia de menores**

73. A la luz del artículo 2, los Estados Partes tienen la obligación de garantizar que los niños con discapacidad que han infringido la ley (según se describe en el párrafo 1 del artículo 40) estén protegidos no solamente por las disposiciones de la Convención que se refieren específicamente a la justicia de menores (artículos 40, 37 y 39), sino también por las demás disposiciones y garantías pertinentes contenidas en la Convención, por ejemplo, en el ámbito de la atención de la salud y la educación. Además, los Estados Partes deben adoptar, cuando sea necesario, medidas específicas para asegurar que los niños con discapacidad estén protegidos en la práctica por los derechos mencionados y se beneficien de ellos.
74. En cuanto a los derechos consagrados en el artículo 23 y dado el alto grado de vulnerabilidad de los niños con discapacidad, el Comité recomienda -además de la recomendación general formulada en el párrafo 73- que se tengan en cuenta los siguientes elementos del trato de los niños con discapacidad que (presuntamente) han infringido la ley:
- a) Un niño con discapacidad que haya infringido la ley debe ser entrevistado utilizando los lenguajes adecuados y tratado en general por profesionales, tales como los agentes de orden público, los abogados, los trabajadores sociales, los fiscales y/o jueces, que hayan recibido una formación apropiada al respecto.
  - b) Los gobiernos deben desarrollar y aplicar medidas sustitutivas con una variedad y flexibilidad que permita ajustar la medida a la capacidad y las aptitudes individuales del niño para evitar la utilización de las actuaciones judiciales. Los niños con discapacidad que hayan infringido la ley deben ser tratados, en la medida de lo posible, sin recurrir a procedimientos jurídicos habituales. Tales procedimientos sólo deben considerarse cuando resulten necesarios en interés del orden público. En esos casos hay que desplegar esfuerzos especiales para informar al niño del procedimiento de la justicia de menores y de sus derechos de acuerdo con éste.
  - c) Los niños con discapacidad que hayan infringido la ley no deben colocarse en un centro de detención general para menores, ya sea como detención preventiva o como sanción. La privación de libertad debe aplicarse únicamente si es necesaria para ofrecer al niño un tratamiento adecuado y ocuparse de sus problemas que hayan conducido a la comisión del delito, y el niño debe ser colocado en una institución dotada de personal especialmente formado y otros centros que ofrezcan tratamiento específico. Al adoptar decisiones de esta índole la autoridad competente debe asegurarse de que se respetan plenamente los derechos humanos y las garantías jurídicas.

### **B. Explotación económica**

75. Los niños con discapacidad son especialmente vulnerables a diferentes formas de explotación económica, incluidas las peores formas de trabajo infantil, así como el tráfico de drogas y la mendicidad. En este contexto, el Comité recomienda que los Estados Partes que todavía no lo hayan hecho ratifiquen el Convenio sobre la edad mínima de admisión al empleo (Nº 138) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Convenio relativo a la prohibición de las

peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Nº 182) de la OIT. Durante la aplicación de esos Convenios los Estados Partes deben prestar especial atención a la vulnerabilidad y a las necesidades de los niños con discapacidad.

### **C. Niños de la calle**

76. Los niños con discapacidad, en particular con discapacidades físicas, con frecuencia terminan en las calles por diversas razones, incluidos factores económicos y sociales. A los niños con discapacidad que viven y/o trabajan en la calle se les debe proporcionar una atención adecuada, en particular alimentos, vestimenta, vivienda, oportunidades de educación, educación para la vida, así como protección de diversos peligros, en particular la explotación económica y sexual. A este respecto se requiere un enfoque individualizado que tenga plenamente en cuenta las necesidades especiales y la capacidad del niño. Es motivo de especial preocupación para el Comité que los niños con discapacidad a veces son explotados con fines de mendicidad en las calles y en otros lugares; ocurre que se les infligen discapacidades a los niños para que se dediquen a la mendicidad. Los Estados Partes deben adoptar todas las medidas necesarias para impedir esta forma de explotación y tipificar como delito explícitamente la explotación de este tipo, así como adoptar medidas eficaces para enjuiciar a los autores del delito.

### **D. Explotación sexual**

77. El Comité ha expresado con frecuencia grave ocupación por el número creciente de niños que son víctimas de la prostitución infantil y de la utilización en la pornografía. Los niños con discapacidad tienen más probabilidades que otros niños de convertirse en víctimas de esos graves delitos. Se insta a los gobiernos a que ratifiquen y apliquen el Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía y, al cumplir sus obligaciones en virtud del Protocolo Facultativo, los Estados Partes deben prestar atención especial a la protección de los niños con discapacidad reconociendo su particular vulnerabilidad.

### **E. Los niños en los conflictos armados**

78. Como ya se ha observado, los conflictos armados son una causa de la discapacidad de gran envergadura, tanto si los niños participan en el conflicto, como si son víctimas de las hostilidades. En este contexto se insta a los gobiernos a ratificar y aplicar el Protocolo Facultativo relativo a la participación de los niños en los conflictos armados. Hay que prestar especial atención a la recuperación y a la reintegración social de los niños que padecen discapacidad a consecuencia de los conflictos armados. Además, el Comité recomienda que los Estados Partes excluyan explícitamente a los niños con discapacidad del reclutamiento en las fuerzas armadas y adopten las medidas legislativas y de otro tipo necesarias para aplicar plenamente esta prohibición.

### **F. Niños refugiados e internamente desplazados, niños pertenecientes a minorías y niños indígenas**

79. Determinadas discapacidades son consecuencia directa de las condiciones que han llevado a algunas personas a convertirse en refugiados y desplazados internos, tales como los desastres naturales y los desastres causados por el hombre. Por ejemplo, las minas terrestres y las municiones sin estallar matan y lesionan a niños refugiados, desplazados internos y residentes mucho tiempo después de que haya terminado el conflicto armado. Los niños con discapacidad refugiados y desplazados internos son vulnerables a múltiples formas de discriminación, en particular las niñas con discapacidad refugiadas y desplazadas internas, que

más frecuentemente que los niños son objeto de abusos, incluidos los abusos sexuales, el descuido y la explotación. El Comité insiste enérgicamente en que a los niños con discapacidad refugiados y desplazados internos hay que asignarles alta prioridad para recibir asistencia especial, en particular asistencia preventiva, acceso a los servicios de salud y sociales adecuados, entre otras cosas, la recuperación psicosocial y la reintegración social. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha convertido a los niños en una prioridad de su política y adoptado varios documentos para orientar su labor en ese ámbito, en particular las Directrices sobre los niños refugiados, de 1988, que se han incorporado en la política del ACNUR sobre los niños refugiados. El Comité recomienda también que los Estados Partes tengan en cuenta la Observación general del Comité Nº 6 (2005) sobre el trato de los menores no acompañados y separados de sus familias fuera de su país de origen.

80. Todas las medidas apropiadas y necesarias que se adopten para proteger y promover los derechos de los niños con discapacidad deben incluir y prestar atención especial a la vulnerabilidad particular y a las necesidades de los niños que pertenecen a las minorías y a los niños indígenas, que probablemente ya están marginados dentro de sus comunidades. Los programas y las políticas siempre deben ser receptivos al aspecto cultural y étnico.



**Convención sobre los  
Derechos del Niño**

Distr.  
GENERAL

17 de abril de 2013

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

---

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

**OBSERVACIÓN GENERAL N° 15 (2013)  
SOBRE EL DERECHO DEL NIÑO AL  
DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE  
DE SALUD (ARTÍCULO 24)\***

\* Aprobada por el Comité en su 62º período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013).

## Índice

- I. Introducción
- II. Principios y premisas para realizar el derecho del niño a la salud
  - A. Indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño
  - B. Derecho a la no discriminación
  - C. El interés superior del niño
  - D. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo y factores que determinan la salud del niño
  - E. Derecho del niño a ser escuchado
  - F. Evolución de las capacidades y trayectoria vital del niño
- III. Contenido normativo del artículo 24
  - A. Artículo 24, párrafo 1
  - B. Artículo 24, párrafo 2
- IV. Obligaciones y responsabilidades
  - A. Obligaciones de los Estados partes de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho
  - B. Responsabilidades de los agentes no estatales
- V. Cooperación internacional
- VI. Marco de aplicación y rendición de cuentas
  - A. Promoción del conocimiento del derecho del niño a la salud (artículo 42)
  - B. Medidas legislativas
  - C. Gobernanza y coordinación
  - D. Inversión en la salud del niño
  - E. El ciclo de acción
  - F. Reparaciones por violación del derecho del niño a la salud
- VII. Difusión

## I. INTRODUCCIÓN

1. La presente observación general obedece a la importancia de estudiar la salud infantil desde la óptica de los derechos del niño, en el sentido de que todos los niños tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades. En el marco de la presente observación general, se entiende por “niño” todo menor de 18 años de edad, de conformidad con el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante denominada “la Convención”). Pese a los notables logros alcanzados recientemente desde la aprobación de la Convención, persisten dificultades considerables en cuanto al disfrute por los niños de su derecho a la salud. El Comité de los Derechos del Niño (en adelante denominado “el Comité”) reconoce que la mayor parte de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles podría prevenirse con compromiso político y una asignación de suficientes recursos a la aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles con fines de prevención, tratamiento y atención. La presente observación general se preparó con el objeto de facilitar orientación y apoyo a los Estados partes y otras instancias protectoras para ayudarlos a respetar, proteger y hacer efectivo el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (en adelante denominado “el derecho del niño a la salud”).
2. El Comité interpreta el derecho del niño a la salud, definido en el artículo 24, como derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud. El enfoque integral en materia de salud sitúa la realización del derecho del niño a la salud en el contexto más amplio de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.
3. El Comité dirige la presente observación general a diversos interesados que operan en el ámbito de los derechos del niño y la salud pública, entre ellos responsables de formular políticas, encargados de ejecutar programas y activistas, así como padres y los propios niños. Al ser deliberadamente genérica, resultará pertinente para una amplia gama de problemas de salud infantil, sistemas sanitarios y contextos propios de distintos países y regiones. Se centra fundamentalmente en el artículo 24, párrafos 1 y 2, aunque también aborda el artículo 24, párrafo 4<sup>1</sup>. Cuando se aplica el artículo 24 han de tenerse en cuenta todos los principios de derechos humanos, en particular los principios rectores de la Convención, y respetarse las normas y mejores prácticas con base empírica en el ámbito de la salud pública.
4. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados convinieron en entender la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades<sup>2</sup>. Este concepto positivo de salud sienta las bases de la presente observación general en el ámbito de la salud pública. En el artículo 24 se menciona expresamente la atención primaria de salud, enfoque definido en la Declaración de Alma-Ata<sup>3</sup> y corroborado por la Asamblea Mundial de la Salud<sup>4</sup>. Este enfoque pone de manifiesto la necesidad de eliminar la exclusión y reducir las disparidades sociales en el ámbito de

1 El artículo 24, párrafo 3, queda excluido, pues actualmente se está preparando una observación general sobre las prácticas perjudiciales.

2 *Preludio a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.*

3 *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6 a 12 de septiembre de 1978.*

4 *Asamblea Mundial de la Salud, Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, documento A62/8.*

la salud; organizar los servicios sanitarios en función de las necesidades y expectativas de las personas; incorporar la salud en los sectores conexos; adoptar modelos colaborativos de diálogo sobre políticas; y dar mayor cabida a los interesados, en particular por lo que se refiere a la demanda de servicios y el uso apropiado de estos.

5. La salud del niño se ve afectada por diversos factores, muchos de los cuales han cambiado en los últimos 20 años y probablemente seguirán evolucionando. Cabe mencionar al respecto la atención prestada a nuevos problemas sanitarios y a las prioridades cambiantes en el ámbito de la salud, como por ejemplo el VIH/SIDA, la gripe pandémica, las enfermedades no transmisibles, la importancia de la atención de la salud mental, el cuidado del recién nacido, la mortalidad neonatal y de adolescentes y el mayor entendimiento de los factores que contribuyen al fallecimiento, la enfermedad y la discapacidad de niños, entre ellos los determinantes estructurales, como la situación económica y financiera mundial, la pobreza, el desempleo, la migración y los desplazamientos de población, la guerra y los disturbios civiles, la discriminación y la marginación. También se entienden cada vez mejor las repercusiones del cambio climático y la rápida urbanización en la salud del niño; el desarrollo de nuevas tecnologías, como vacunas y productos farmacéuticos; una base empírica más sólida para organizar intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales eficaces; y algunas prácticas culturales en materia de crianza que han demostrado ser positivas para los niños.
6. Los avances en las tecnologías de la información y las comunicaciones han presentado nuevas oportunidades y dificultades para el ejercicio del derecho del niño a la salud. A pesar de los nuevos recursos y tecnologías de los que ha pasado a disponer el sector de la salud, muchos países siguen sin facilitar acceso universal a servicios de promoción y prevención de la salud infantil básica y al correspondiente tratamiento. Para que el derecho del niño a la salud se ejerza plenamente deben intervenir muy diversas instancias protectoras, y debe reconocerse la función central desempeñada por los padres y otros cuidadores. Deberán participar en la labor interesados que operen en el ámbito nacional, regional, comunitario y de distrito, incluidos asociados gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado y organizaciones que aportan fondos. Los Estados están obligados a velar por que todas las instancias protectoras tengan un grado de conciencia, conocimiento y capacidad suficiente para cumplir con sus obligaciones y responsabilidades, y por que se desarrolle suficientemente la capacidad de los propios niños de modo que puedan reivindicar su derecho a la salud.

## **II. PRINCIPIOS Y PREMISAS PARA REALIZAR EL DERECHO DEL NIÑO A LA SALUD**

### **A. Indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño**

7. La Convención reconoce la interdependencia y la igualdad de importancia de los distintos derechos (cíviles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los niños desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible. El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; la realización del derecho a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención. A su vez, el logro del derecho del niño a la salud depende de la realización de otros muchos derechos enunciados en la Convención.

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

8. A fin de lograr la plena realización del derecho de todos los niños a la salud, los Estados partes

tienen la obligación de asegurar que la salud del niño no quede minada por la discriminación, importante factor que contribuye a la vulnerabilidad. En el artículo 2 de la Convención figuran diversos motivos con respecto a los cuales está prohibido discriminar, en particular la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. Al respecto cabe mencionar también la orientación sexual, la identidad de género y el estado de salud, en particular el VIH/SIDA y la salud mental<sup>5</sup>. También hay que prestar atención a cualquier otra forma de discriminación que mine la salud del niño y hacer frente a los múltiples tipos de discriminación.

9. La discriminación basada en el género está especialmente extendida, y da lugar a una amplia gama de fenómenos, desde el infanticidio o feticidio femenino hasta las prácticas discriminatorias en la alimentación de lactantes y niños pequeños, los estereotipos basados en el género y las diferencias en el acceso a los servicios. También debe prestarse atención a las distintas necesidades de los niños y las niñas y al impacto de las normas y valores sociales relacionados con el género en la salud y el desarrollo de los niños y las niñas. Igualmente, hay que prestar atención a las prácticas y normas de comportamiento nocivas basadas en el género que están arraigadas en las tradiciones y costumbres y minan el derecho de las niñas y los niños a la salud.
10. Todos los programas y políticas que afecten a la salud del niño deben fundarse en un enfoque amplio inspirado en la igualdad de género que garantice la plena participación política de la mujer; su empoderamiento social y económico; el reconocimiento de la igualdad de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; y la igualdad en el acceso a la información, la educación, la justicia y la seguridad, incluida la eliminación de todas las formas de violencia sexual y basada en el género.
11. La labor orientada a la realización del derecho del niño a la salud ha de tener como destinatarios privilegiados a los niños desfavorecidos y que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas. Los Estados deben determinar los factores de ámbito nacional y subnacional que generan vulnerabilidad en los niños o colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Estos factores deben tenerse presentes al elaborar leyes, reglamentos, políticas, programas y servicios en el ámbito de la salud infantil y al trabajar en pro de la equidad.

### C. El interés superior del niño

12. El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, así como a los tribunales de justicia, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños. El interés superior de cada niño debe determinarse en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social y tras haberse escuchado su opinión, de conformidad con el artículo 12 de la Convención.
13. El Comité exhorta a los Estados a que sitúen el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo, incluidas las relativas a la asignación de recursos y al desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones que afecten a los factores subyacentes que determinan la salud del niño. Por ejemplo, el interés superior del niño deberá:

<sup>5</sup> Observación general N°4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo noveno período de sesiones, Suplemento N°41 (A/59/41), anexo X, pár. 6.

- a) Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas;
  - b) Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios; y
  - c) Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.
14. El Comité recalca la importancia del interés superior del niño como fundamento de todas las decisiones que se adopten con respecto al tratamiento que se dispense, niegue o suspenda a todos los niños. Los Estados deben establecer procedimientos y criterios para orientar a los trabajadores sanitarios en la determinación del interés superior del niño en la esfera de la salud, además de otros procesos vinculantes formales disponibles para definir el interés superior del niño. El Comité, en su Observación general N° 3<sup>6</sup>, ha subrayado que solo podrán adoptarse medidas adecuadas en la lucha contra el VIH/SIDA si se respetan plenamente los derechos de los niños y los adolescentes. En consecuencia, el interés superior del niño debe guiar el examen del VIH/SIDA en todos los niveles de prevención, tratamiento, atención y apoyo.
15. En su Observación general N° 4, el Comité subrayó el interés superior del niño en tener acceso a información adecuada en materia de salud<sup>7</sup>. Debe prestarse especial atención a determinadas categorías de niños, entre ellos los niños y adolescentes con discapacidad psicosocial. Cuando se plantea la hospitalización o el internamiento, la decisión debe adoptarse de conformidad con el principio del interés superior del niño, en el entendimiento fundamental de que redonda en el interés superior de los niños con discapacidad recibir atención, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven y en un entorno familiar, de ser posible en su propia familia, prestando a la familia y al niño todo el apoyo necesario.

#### **D. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo y factores que determinan la salud del niño**

16. En el artículo 6 se pone de relieve la obligación de los Estados partes de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Hay que determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital.
17. El Comité reconoce que, para la realización del derecho del niño a la salud, deben tenerse en cuenta varios determinantes, algunos de orden individual como la edad, el sexo, el rendimiento escolar, la condición socioeconómica y el domicilio; otros que operan en el entorno inmediato formado por las familias, los compañeros, los maestros y los proveedores de servicios, en particular con respecto a la violencia que pone en peligro la vida y la supervivencia del niño en su entorno inmediato; y determinantes estructurales como políticas, estructuras y sistemas administrativos, valores sociales y culturales y normas<sup>8</sup>.
18. Entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe men-

<sup>6</sup> Observación general N° 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo noveno período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/59/41), anexo IX.

<sup>7</sup> Observación general N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención, Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo noveno período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/59/41), anexo X, pár. 10.

<sup>8</sup> Véase la Observación general N° 13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo séptimo período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/67/41), anexo V.

cionar la realización del derecho de la madre a la salud<sup>9</sup> y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto, así como de prácticas de lactancia natural que distan mucho de ser óptimas. El comportamiento de los progenitores y otros adultos que influyen en el niño en el ámbito de la salud y otros ámbitos conexos tiene gran repercusión en la salud del niño.

### E. Derecho del niño a ser escuchado

19. En el artículo 12 se pone de relieve la importancia de la participación de los niños, al disponerse que expresen sus opiniones y que dichas opiniones se tengan debidamente en cuenta, en función de la edad y madurez del niño<sup>10</sup>. Ello incluye sus opiniones sobre todos los aspectos relativos a la salud, entre ellos, por ejemplo, los servicios que se necesitan, la manera y el lugar más indicados para su prestación, los obstáculos al acceso a los servicios o el uso de ellos, la calidad de los servicios y la actitudes de los profesionales de la salud, la manera de incrementar la capacidad de los niños de asumir un nivel de responsabilidad cada vez mayor en relación con su salud y su desarrollo y la manera de implicarlos de forma más eficaz en la prestación de servicios encargándoles la instrucción de sus propios compañeros. Se alienta a los Estados a que organicen consultas participativas periódicas adaptadas a la edad y la madurez del niño, así como investigaciones con los niños, y a que hagan lo mismo con los padres, por separado, a fin de conocer las dificultades que encuentran en el ámbito de la salud, sus necesidades en materia de desarrollo y sus expectativas con miras a la elaboración de intervenciones y programas eficaces sobre salud.

### F. Evolución de las capacidades y trayectoria vital del niño

20. La infancia es un período de crecimiento constante que va del parto y la lactancia a la edad preescolar y la adolescencia. Cada fase reviste importancia en la medida en que comporta cambios diversos en el desarrollo físico, psicológico, emocional y social, así como en las expectativas y las normas. Las etapas del desarrollo del niño son acumulativas; cada una repercute en las etapas ulteriores e influye en la salud, el potencial, los riesgos y las oportunidades del niño. Entender la trayectoria vital es decisivo para apreciar la manera en que los problemas de salud de la infancia afectan a la salud pública en general.
21. El Comité reconoce que las capacidades cambiantes del niño repercuten en su independencia al adoptar decisiones sobre las cuestiones que afectan a su salud. Observa también que, a menudo, surgen discrepancias profundas en cuanto a esa autonomía en la adopción de decisiones, siendo habitual que los niños especialmente vulnerables a la discriminación tengan menor capacidad de ejercerla. En consecuencia, es fundamental disponer de políticas de respaldo y proporcionar a los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad.
22. Para tener en cuenta y entender las capacidades cambiantes del niño y las distintas prioridades en materia de salud a lo largo del ciclo vital, los datos y la información reunidos y analizados deben desglosarse por edad, sexo, estado de discapacidad relativo, condición socioeconómica, aspectos socioculturales y ubicación geográfica, siempre con arreglo a las normas internacionales. De ese modo es posible planificar, elaborar, aplicar y supervisar políticas e

9 Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24 (1999) sobre la mujer y la salud, Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo cuarto período de sesiones, Suplemento N° 38 (A/54/38/Rev.1), cap. I, secc. A.

10 Véase la Observación general N° 12 (2009) sobre el derecho del niño a ser escuchado, Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo quinto período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/65/41), anexo IV.

intervenciones apropiadas que tomen en consideración las capacidades y las necesidades cambiantes de los niños en el transcurso del tiempo y contribuyan a la prestación a todos los niños de servicios sanitarios pertinentes.

### **III. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 24**

#### **A. Artículo 24, párrafo 1**

*"Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud"*

23. La noción de "más alto nivel posible de salud" tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño como los recursos de que dispone el Estado, complementados con recursos aportados por otras fuentes, entre ellas organizaciones no gubernamentales, la comunidad internacional y el sector privado.
24. El derecho del niño a la salud consta de una serie de libertades y derechos. Entre las libertades, de importancia creciente a medida que aumentan la capacidad y la madurez, cabe mencionar el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables. Los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

*"y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud"*

25. Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa. En la sanidad primaria, deben ofrecerse servicios en cantidad y calidad suficientes que sean funcionales y aceptables para todos y estén al alcance físico y financiero de todos los sectores de la población infantil. El sistema de atención de salud no solo debe prestar apoyo sanitario, sino también notificar a las autoridades competentes los casos de violación de derechos e injusticia. En el caso de la sanidad secundaria y terciaria, también deben prestarse servicios, en la medida de lo posible mediante sistemas funcionales de remisión conectados con las comunidades y las familias en todos los niveles del sistema sanitario.
26. Los programas globales de atención primaria de la salud deben combinarse con iniciativas comunitarias de eficacia probada, como la atención preventiva, el tratamiento de enfermedades específicas y las intervenciones en materia de nutrición. Las intervenciones en la esfera comunitaria deben comprender el aporte de información, servicios y productos básicos, así como la prevención de enfermedades y lesiones, por ejemplo mediante inversiones en espacios públicos seguros, seguridad vial y educación en materia de prevención de lesiones, accidentes y violencia.
27. Los Estados deben garantizar una fuerza laboral debidamente capacitada y de tamaño adecuado para prestar servicios sanitarios a todos los niños. También se precisa regulación, supervisión, remuneración y condiciones de servicio adecuadas, incluso para los trabajadores sanitarios comunitarios. Mediante las actividades de desarrollo de la capacidad debe velarse por que los proveedores de servicios tengan en cuenta las necesidades de los niños y no les nieguen servicios a los que tienen derecho por ley. Deberán incorporarse mecanismos de rendición de cuentas para velar por que se respeten las normas de calidad.

*"Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"*

28. El artículo 24, párrafo 1, impone a los Estados partes el firme deber de actuar para velar por que todos los niños dispongan de servicios sanitarios y otros servicios pertinentes accesibles, especialmente en el caso de las zonas y poblaciones insuficientemente atendidas. Los requisitos al respecto son un sistema de atención primaria de salud, un marco jurídico adecuado y atención sostenida a factores subyacentes que son determinantes para la salud del niño.
29. Deberán determinarse y eliminarse los obstáculos al acceso del niño a los servicios sanitarios, incluidos obstáculos financieros, institucionales y culturales. Es indispensable la inscripción de nacimientos gratuita y universal, y deben realizarse intervenciones en la esfera de la protección social, en particular mecanismos de seguridad social como ayudas o subsidios infantiles, transferencias en metálico y bajas de paternidad retribuidas, todas ellas entendidas como inversiones complementarias.
30. La utilización de los servicios de salud está determinada por el entorno, lo cual incluye, entre otras cosas, la disponibilidad de servicios, los niveles de conocimiento en materia de salud, la preparación para la vida cotidiana y los valores. Los Estados deben esforzarse por garantizar un entorno propicio que aliente a los padres y los niños a utilizar debidamente los servicios de salud.
31. De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de su padres o su custodio legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunda en el interés superior del niño. Los Estados deben aclarar los procedimientos legislativos para la designación de los cuidadores adecuados que se encarguen de los niños sin padres o representantes legales y puedan dar su consentimiento en representación del niño o ayudarle a dar su consentimiento en función de la edad y la madurez del niño. Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad.

## B. Artículo 24, párrafo 2

32. De conformidad con el artículo 24, párrafo 2, los Estados han de establecer un proceso para determinar otras cuestiones relacionadas con el derecho del niño a la salud y actuar en consecuencia. Para ello es preciso, entre otras cosas, analizar a fondo la situación actual por lo que se refiere a los problemas y respuestas prioritarios en el ámbito de la salud y determinar y aplicar, si procede en consulta con los niños, intervenciones y políticas con base empírica que obedezcan a los principales determinantes y problemas en el ámbito de la salud.

Artículo 24, párrafo 2 a). "Reducir la mortalidad infantil y en la niñez"

33. Los Estados tienen la obligación de reducir la mortalidad infantil. El Comité insta a que se preste especial atención a la mortalidad neonatal, que constituye una proporción cada vez mayor de la mortalidad de niños menores de 5 años. Además, los Estados partes deben hacer frente a la morbilidad y mortalidad de adolescentes, que suele quedar relegada en el orden de prioridades.
34. Mediante las intervenciones se ha de prestar atención a la mortalidad materna, las complicaciones en los partos prematuros, la asfixia al nacer, el peso bajo al nacer, la transmisión materno-infantil del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, las infecciones neonatales, la neumonía, la diarrea, el sarampión, la subnutrición, la malnutrición, la malaria, los accidentes, la violencia, el suicidio y la morbilidad y mortalidad de madres adolescentes. Se recomienda fortalecer los

sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido. Deben realizarse periódicamente comprobaciones de la mortalidad materna y perinatal con fines de prevención y rendición de cuentas.

35. Los Estados deben hacer especial hincapié en ampliar a escala las intervenciones sencillas, seguras y poco costosas que han surtido efecto, como el tratamiento a escala comunitaria de la neumonía, las enfermedades diarreicas y la malaria, y prestar especial atención a velar por la plena protección y promoción de las prácticas de lactancia natural.

Artículo 24, párrafo 2 b). "Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud"

36. Los Estados han de dar prioridad al acceso universal de los niños a servicios de atención primaria de salud prestados lo más cerca posible de los lugares de residencia de los niños y su familia, especialmente en contextos comunitarios. Aunque la configuración y el contenido precisos de los servicios variarán de un país a otro, en todos los casos serán precisos sistemas sanitarios eficaces, lo cual incluye un mecanismo sólido de financiación; personal debidamente capacitado y pagado; información fiable que sirva de fundamento a la adopción de decisiones y políticas; instalaciones debidamente mantenidas y sistemas de logística para suministrar medicamentos y tecnologías de calidad; y solidez en el liderazgo y la gobernanza. La prestación de servicios sanitarios en las escuelas ofrece una oportunidad importante de promover la salud y detectar enfermedades y aumenta el acceso de los niños escolarizados a los servicios sanitarios.
37. Deberían emplearse conjuntos de servicios recomendados, como por ejemplo las Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño<sup>11</sup>. Los Estados tienen la obligación de que todos los medicamentos esenciales que figuran en las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, incluidas las listas de medicamentos para niños (en fórmulas pediátricas, cuando es posible), resulten disponibles, accesibles y asequibles.
38. Preocupa al Comité el aumento de la mala salud mental en los adolescentes, en concreto trastornos en el desarrollo y la conducta, depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, traumas psicológicos resultantes del abuso, la desatención, la violencia o la explotación, el consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo y la autolesión y el suicidio. Cada vez se es más consciente de la necesidad de prestar mayor atención a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños. El Comité advierte del peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños y adolescentes e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.
39. Los Estados tienen la obligación de ofrecer tratamiento y rehabilitación adecuados a los niños que presenten trastornos psicosociales y de salud mental, absteniéndose de administrarles medicaciones innecesarias. En una resolución de 2012 de la Asamblea Mundial de la

11 Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva de la madre, el recién nacido y el niño (Ginebra, 2011).

Salud sobre la carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país<sup>12</sup> se observa que cada vez hay más datos sobre la eficacia y la costoeficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños. El Comité alienta encarecidamente a los Estados a que amplíen a escala estas intervenciones incorporándolas mediante toda una gama de políticas y programas sectoriales, en particular en materia de salud, educación y protección (justicia penal), con participación de las familias y las comunidades. Los niños en situación de riesgo debido a sus entornos familiares y sociales deben recibir atención especial orientada a mejorar sus aptitudes para hacer frente al medio y su preparación para la vida cotidiana con el fin de promover entornos protectores y de apoyo.

40. Hay que reconocer las dificultades concretas que encuentra la salud infantil en el caso de los niños afectados por situaciones de emergencia humanitaria, incluidas las derivadas de los desplazamientos a gran escala como consecuencia de desastres naturales o de factura humana. Deben adoptarse todas las medidas posibles para velar por que los niños tengan un acceso ininterrumpido a servicios de atención sanitaria, para unirlos o reunirlos con sus familias y para protegerlos no solo mediante apoyo material (como alimentos y agua potable) sino también incentivando la atención psicosocial especial, parental o de otro tipo, para prevenir miedos y traumas o hacer frente a ellos.

Artículo 24, párrafo 2 c). “Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”

#### a) Aplicación de la tecnología disponible

41. A medida que se disponga de nuevas tecnologías de eficacia demostrada en el ámbito de la salud infantil, con inclusión de medicamentos, equipo e intervenciones, los Estados deberán incorporarlas en las políticas y los servicios. Algunos riesgos pueden reducirse considerablemente con técnicas móviles y actuaciones comunitarias que deben adoptarse de forma universal, en particular la inmunización contra las enfermedades infantiles comunes; el seguimiento del crecimiento y el desarrollo, sobre todo en la primera infancia; la vacunación de niñas contra el papilomavirus humano; la administración a las embarazadas de inyecciones de toxoide tetánico; el acceso a terapia de rehidratación oral y suplementos de zinc para el tratamiento de la diarrea; antibióticos y medicamentos antivirales esenciales; suplementos de micronutrientes, como vitaminas A y D, sal yodada y suplementos de hierro; y preservativos. Los trabajadores sanitarios deben asesorar a los padres sobre la manera de acceder a estas tecnologías sencillas y, cuando proceda, administrarlas.
42. El sector privado, integrado por las empresas comerciales y las organizaciones sin fines de lucro con proyección en el ámbito de la salud, está asumiendo un papel cada vez más importante en el desarrollo y el perfeccionamiento de la tecnología, los medicamentos, el equipo, las intervenciones y los procesos que pueden comportar adelantos notables para la salud infantil. Los Estados deben velar por que todos los niños necesitados de beneficios los perciban. También pueden fomentar asociaciones entre los sectores público y privado e iniciativas de sostenibilidad que aumenten el acceso y la asequibilidad de la tecnología sanitaria.

#### b) Suministro de alimentos nutritivos adecuados

43. Habrá que adoptar, en función de cada contexto, medidas encaminadas al cumplimiento por los Estados de sus obligaciones de garantizar el acceso a alimentos inocuos, nutricionalmente adecuados y culturalmente apropiados<sup>13</sup> y luchar contra la malnutrición. Las intervenciones directas en el ámbito de la nutrición de las embarazadas van encaminadas a hacer frente a la anemia y la carencia de ácido fólico y yodo y aportar suplementos de calcio. Todas las mujeres en edad reproductiva deben recibir prevención y tratamiento de la eclampsia y la preeclampsia en aras de su salud y del desarrollo saludable del feto y el lactante.
44. La lactancia natural exclusiva debe protegerse y promoverse durante los 6 primeros meses de vida y, en combinación con alimentación complementaria, debe proseguir, preferentemente hasta los 2 años de edad, de ser viable. Las obligaciones de los Estados en este ámbito se definen en el marco de “proteger, promover y apoyar”, adoptado por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud<sup>14</sup>. Los Estados han de incorporar en su derecho interno, aplicar y hacer cumplir normas acordadas internacionalmente en el ámbito del derecho del niño a la salud, entre ellas el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, así como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Deben adoptarse medidas especiales para promover el apoyo a las madres en las comunidades y el lugar de trabajo en el contexto del embarazo y la lactancia natural y establecerse servicios de guardería viables y asequibles; también debe promoverse el cumplimiento del Convenio Nº 183 (2000) de la Organización Internacional del Trabajo, relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), de 1952.
45. La nutrición adecuada y el seguimiento del crecimiento en la primera infancia revisten especial importancia. Cuando sea necesario, deberá ampliarse la gestión integrada de la malnutrición aguda grave mediante intervenciones en centros y en las comunidades, así como el tratamiento de la malnutrición aguda moderada, incluidas intervenciones de alimentación terapéutica.
46. Es deseable la alimentación escolar para garantizar a todos los alumnos acceso a una comida completa al día, algo que, además, puede elevar la atención de los niños en aras del aprendizaje y aumentar la matrícula escolar. El Comité recomienda combinar todo esto con educación en materia de nutrición y salud, lo cual incluye la creación de huertos escolares y la capacitación del personal docente para fomentar la nutrición infantil y los hábitos alimenticios saludables.
47. Los Estados también deberán hacer frente a la obesidad infantil, que se vincula con la hipertensión, indicios tempranos de enfermedades cardiovasculares, la resistencia a la insulina, efectos psicológicos, una mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta y fallecimientos prematuros. Debe limitarse la exposición de los niños a la “comida rápida” de alto contenido en grasas, azúcar o sal, que es muy energética pero carece de suficientes micronutrientes, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos. Debe controlarse la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son niños, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares.

### c) Suministro de agua potable saludable

13 Véase *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, art. 11, y *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 12 (1999) sobre el derecho a una alimentación adecuada*, Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2011, Suplemento Nº 2 (E/2000/22), anexo V.

14 Véase *OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* (Ginebra, 2003).

48. El agua potable salubre y el saneamiento son esenciales para el pleno disfrute de la vida y los demás derechos humanos<sup>15</sup>. Los departamentos gubernamentales y las autoridades locales a cargo del agua y el saneamiento deben asumir su obligación de contribuir a la realización del derecho del niño a la salud y tener presentes los indicadores infantiles de malnutrición, diarrea y otras enfermedades relacionadas con el agua, así como el tamaño de las familias, al planificar y llevar a cabo obras de expansión de la infraestructura y mantenimiento de los servicios de abastecimiento de agua y al adoptar decisiones con respecto a la asignación mínima gratuita y al corte del suministro. Los Estados no están exentos de cumplir sus obligaciones aunque hayan privatizado el agua y el saneamiento.

#### d) Contaminación del medio ambiente

49. Los Estados deben adoptar medidas para hacer frente a los peligros y riesgos que la contaminación del medio ambiente local plantea a la salud infantil en todos los entornos. Para la crianza y el desarrollo del niño en condiciones sanas son fundamentales viviendas adecuadas que incluyan instalaciones para preparar alimentos exentas de peligro, un entorno sin humos, ventilación apropiada, la gestión eficaz de los desechos y la eliminación de los desperdicios de las viviendas y sus inmediaciones, la ausencia de moho y otras sustancias tóxicas y la higiene familiar. Los Estados han de regular y vigilar el impacto ambiental de las actividades empresariales que puedan poner en peligro el derecho del niño a la salud, su seguridad alimentaria y su acceso a agua potable y saneamiento.
50. El Comité pone de manifiesto la importancia del medio ambiente para la salud del niño, más allá de la contaminación. Las intervenciones en materia de medio ambiente deben hacer frente, entre otras cosas, al cambio climático, que es una de las principales amenazas a la salud infantil y empeora las disparidades en el estado de salud. En consecuencia, los Estados han de reservar a la salud infantil un lugar central en sus estrategias de adaptación al cambio climático y mitigación de sus consecuencias.

Artículo 24, párrafo 2 d). "Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres"

51. El Comité observa que la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad constituyen graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y amenazan gravemente su propio derecho a la salud y el de sus hijos. El embarazo y el parto son procesos naturales que conllevan riesgos para la salud consabidos susceptibles de prevención y respuesta terapéutica si se identifican en fases tempranas. Durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño.
52. El Comité alienta a los Estados a que adopten enfoques en materia de salud que presten atención a la especificidad del niño a lo largo de los distintos períodos de la infancia, como: a) la iniciativa "Hospitales amigos del niño"<sup>16</sup>, que protege, promueve y respalda la presencia del bebé en el cuarto de la madre y la lactancia natural; b) políticas sanitarias favorables al niño centradas en capacitar a los trabajadores sanitarios para prestar servicios de calidad reduciendo al mínimo el miedo, la ansiedad y el sufrimiento de los niños y su familia; y c) servicios de salud favorables al adolescente en el marco de los cuales los profesionales de la salud y las instalaciones acojan debidamente a los adolescentes y tengan en cuenta sus necesidades, respeten la confidencialidad y presten servicios aceptables para los adolescentes.
53. La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercu-

15 Resolución 64/292 de la Asamblea General, relativa al derecho humano al agua y el saneamiento.

16 UNICEF/OMS, iniciativa "Hospitales amigos del niño" (1991).

siones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos. El cumplimiento de la obligación de garantizar el acceso universal a un conjunto completo de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva deberá basarse en el concepto de atención ininterrumpida que empieza en el período anterior al embarazo, prosigue durante el embarazo y el parto y se extiende hasta el período posterior al parto. La atención oportuna y de calidad durante estos períodos sucesivos ofrece importantes oportunidades de prevenir la transmisión intergeneracional de la mala salud y tiene grandes repercusiones en la salud del niño durante toda su trayectoria vital.

54. Las intervenciones que deben ofrecerse durante este proceso ininterrumpido constan, entre otras cosas, de prevención y promoción de la salud básica y servicios de curación, incluida la prevención del tétanos neonatal, la malaria en el embarazo y la sífilis congénita; la atención nutricional; el acceso a educación, información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva; educación sobre el comportamiento en materia de salud (por ejemplo, en relación con el consumo de tabaco y otras sustancias); preparación para el parto; detección y tratamiento temprano de complicaciones; servicios de aborto en condiciones de seguridad y de atención después del aborto; atención básica durante el parto; y prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, junto con la atención y el tratamiento de las mujeres y los lactantes infectados por el VIH. En el marco de la atención dispensada a madres y recién nacidos después del parto no debe separarse innecesariamente a la madre de su hijo.
55. El Comité recomienda que las intervenciones en el ámbito de la protección social garanticen la cobertura universal de la atención o el acceso financiero a ella, bajas de paternidad retratadas y otras prestaciones en materia de seguridad social, así como legislación para limitar la comercialización y la promoción indebidas de sucedáneos de la leche materna.
56. En vista de las altas tasas mundiales de embarazo en la adolescencia y de los consiguientes riesgos de morbilidad y mortalidad, los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva. Debe prohibirse la discriminación de las adolescentes que se quedan embarazadas, como cuando se las expulsa de la escuela, y deben ofrecerse oportunidades de educación permanente.
57. Teniendo en cuenta que es fundamental la participación de los niños varones y los hombres para planificar y garantizar condiciones sanas en el embarazo y el parto, los Estados deben incorporar oportunidades de educación, sensibilización y diálogo dirigidas a los niños y los hombres en los servicios de salud sexual, reproductiva e infantil.

Artículo 24, párrafo 2 e). "Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos"

58. Las obligaciones correspondientes a esta disposición comprenden el aporte de información en materia de salud y el apoyo para el uso de esta información. La información en materia de salud ha de ser accesible físicamente, comprensible y adecuada para la edad y el nivel de estudios de los niños.
59. Los niños necesitan información y educación sobre todos los aspectos de la salud para poder adoptar decisiones fundamentadas en relación con su estilo de vida y el acceso a los servicios sanitarios. La información y la preparación para la vida cotidiana deben abordar una amplia

gama de asuntos relativos a la salud, entre ellos los hábitos alimenticios saludables y la promoción de la actividad física, el deporte y el esparcimiento; la prevención de accidentes y lesiones; el saneamiento, lavarse las manos y otras prácticas de higiene personal; y los peligros del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. La información y la educación han de presentar debidamente el derecho del niño a la salud, las obligaciones de los gobiernos y la manera y el lugar para acceder a la información y los servicios sanitarios, y ha de impartirse como parte esencial del plan de estudios de la escuela, así como mediante servicios de salud y en otros entornos para los niños que no estén escolarizados. Los materiales de información acerca de la salud deben diseñarse en colaboración con los niños y difundirse en una amplia gama de espacios públicos.

60. La educación en materia de salud sexual y reproductiva debe hacer referencia a la conciencia de uno mismo y del propio cuerpo, incluidos aspectos anatómicos, fisiológicos y emocionales, y ha de estar al alcance de todos los niños, varones o hembras. Su contenido debe guardar relación con la salud y el bienestar sexuales, por ejemplo mediante información sobre los cambios corporales y los procesos de maduración, y ha de estar concebido para que los niños puedan recabar conocimientos sobre la salud reproductiva y la prevención de la violencia basada en el género y adopten un comportamiento sexual responsable.
61. Debe impartirse información sobre la salud infantil a todos los padres, a título individual o en grupos, a la familia ampliada y a otros cuidadores por diversos conductos, como clínicas, clases de paternidad, folletos de información pública, órganos profesionales, organizaciones comunitarias y los medios de comunicación.

Artículo 24, párrafo 2 f). “Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”

#### a) Atención sanitaria preventiva

62. La prevención y la promoción de la salud han de estar orientadas a los principales problemas de salud a los que hacen frente los niños en la comunidad y el país en su conjunto. Cabe mencionar al respecto las enfermedades y otros problemas de salud, como los accidentes, la violencia, el uso indebido de sustancias y los problemas psicosociales y mentales. La atención sanitaria preventiva ha de hacer frente a las enfermedades transmisibles y no transmisibles e incorporar una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales. La prevención de las enfermedades no transmisibles ha de empezar en las fases iniciales de la vida mediante la promoción y el apoyo de estilos de vida saludables y no violentos entre las embarazadas, su cónyuge o pareja y los niños pequeños.
63. La reducción de la carga que constituyen las lesiones infantiles exige estrategias y medidas dirigidas a disminuir los ahogamientos, las quemaduras y otros accidentes. Cabe mencionar al respecto la legislación y la aplicación de la ley; la modificación de productos y entornos; las visitas de apoyo a domicilio y la promoción de las características de seguridad; la educación, el desarrollo de aptitudes y el cambio de conducta; proyectos comunitarios; y la prestación de atención prehospitalaria y aguda, así como rehabilitación. La labor orientada a reducir el número de accidentes de tráfico ha de incluir normativa sobre el uso de cinturones de seguridad y otros dispositivos de seguridad, el acceso de los niños a un transporte seguro y la debida consideración de los niños en la planificación vial y el control del tráfico. Al respecto es fundamental contar con el apoyo de la industria conexa y los medios de comunicación.
64. Reconociendo que la violencia es causa destacada de la mortalidad y la morbilidad de los niños, especialmente en la adolescencia, el Comité subraya la necesidad de crear un entorno

que proteja al niño de la violencia y fomente su participación en los cambios de actitud y comportamiento en el hogar, en la escuela y en los espacios públicos; de apoyar a los padres y cuidadores para que practiquen una crianza saludable; y de poner en cuestión actitudes que perpetúen la tolerancia de la violencia en todas sus formas, así como su condonación, en particular regulando las descripciones de violencia que aparecen en los medios de comunicación.

65. Los Estados han de proteger a los niños de los disolventes, el alcohol, el tabaco y las sustancias ilícitas, reunir más pruebas pertinentes del consumo infantil de esas sustancias y adoptar medidas para reducirlo. Se recomienda reglamentar la publicidad y la venta de sustancias perjudiciales para la salud de los niños y la promoción de esos artículos en los lugares donde se reúnen los niños, así como en los medios de comunicación y las publicaciones a las que tienen acceso los niños.
66. El Comité alienta a los Estados partes que todavía no lo hayan hecho a que ratifiquen las convenciones internacionales de fiscalización de drogas<sup>17</sup> y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El Comité subraya la importancia de adoptar un enfoque basado en derechos para hacer frente al consumo de sustancias y recomienda que, cuando proceda, se empleen estrategias de reducción del daño a fin de reducir al mínimo la repercusión negativa en la salud del uso indebido de sustancias.

#### **b) Orientación a los padres**

67. Los padres son la fuente más importante de diagnóstico y atención primaria precoces en el caso de los niños de corta edad, y el factor protector más importante contra las conductas de alto riesgo entre los adolescentes, como el consumo de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo. También desempeñan una función central en la promoción del desarrollo del niño en condiciones sanas, la protección de los niños frente a las lesiones causadas por accidentes, lesiones y violencia, y la mitigación de los efectos negativos de las conductas de riesgo. Los procesos de socialización de los niños, que son esenciales para que entiendan el mundo en el que crecen y se adapten a él, se ven muy influidos por sus padres, la familia ampliada y otros cuidadores. Los Estados han de adoptar intervenciones con base empírica en pro del buen ejercicio de la paternidad, como educación en técnicas de paternidad, grupos de apoyo y asesoramiento familiar, en particular en el caso de las familias cuyos hijos sufren problemas de salud y problemas sociales de otro tipo.
68. En vista de las repercusiones del castigo corporal en la salud infantil, en particular lesiones letales y no letales, además de las consecuencias psicológicas y emocionales, el Comité recuerda a los Estados su obligación de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para eliminar el castigo corporal y otras formas crueles o degradantes de castigo en todos los entornos, incluido el hogar<sup>18</sup>.

#### **c) Planificación de la familia**

69. Los servicios de planificación familiar, que deben situarse en el marco general de los servicios de salud sexual y reproductiva, han de comprender la educación en materia de sexualidad, incluido el asesoramiento. Puede entenderse que forman parte de la serie ininterrumpida de servicios descritos en el artículo 24, párrafo 2 d), y que deben pensarse para que todas las parejas y personas adopten decisiones en materia de salud sexual y reproductiva en condicio-

<sup>17</sup> Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961; Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971; Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

<sup>18</sup> Observación general N° 8 (2006) sobre el derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes, Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo tercer período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/63/41), anexo II.

nes de libertad y responsabilidad, en particular por lo que se refiere al número de hijos que desean tener, los intervalos entre los partos y el momento adecuado para tenerlos, y para que dispongan de información y medios para ello. Debe prestarse atención a garantizar a las mujeres casadas y solteras y a los adolescentes varones el acceso confidencial y universal a los bienes y servicios. Los Estados deben velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores.

70. Los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo. El Comité recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.

## **IV. OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES**

### **A. Obligaciones de los Estados partes de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho**

71. Los Estados tienen tres tipos de obligación con respecto a los derechos humanos, incluido el derecho del niño a la salud: respetar las libertades y derechos, proteger esas libertades y derechos de terceros o de amenazas sociales o ambientales y hacer efectivos los derechos mediante facilitación o concesión directa. De conformidad con el artículo 4 de la Convención, los Estados partes harán efectivo el derecho del niño a la salud al máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional.
72. Todos los Estados, con independencia de su nivel de desarrollo, deben adoptar de inmediato medidas para cumplir estas obligaciones con carácter prioritario y sin imponer discriminación alguna. Cuando pueda demostrarse que los recursos disponibles son insuficientes, los Estados deberán adoptar medidas selectivas para proceder lo más expedita y eficazmente posible en pro de la plena realización del derecho del niño a la salud. Independientemente de los recursos disponibles, los Estados tienen la obligación de no adoptar medidas retrógradas que puedan entorpecer el disfrute por el niño de su derecho a la salud.
73. Las obligaciones centrales, de conformidad con el derecho del niño a la salud, son:
  - a) Revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional y, cuando proceda, enmendar las leyes y políticas;
  - b) Garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento y los medicamentos básicos;
  - c) Dar respuesta adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño; y
  - d) Elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.
74. Los Estados deben demostrar su voluntad de cumplimiento progresivo de todas las obligaciones previstas en el artículo 24, dándoles prioridad incluso en el contexto de situaciones de

crisis económica o emergencia. Para ello es preciso planificar, diseñar, financiar y aplicar de forma sostenible la salud del niño y las políticas, programas y servicios conexos.

## B. Responsabilidades de los agentes no estatales

75. El Estado es responsable de la realización del derecho del niño a la salud, independientemente de si delega la prestación de servicios en agentes no estatales. Aparte del Estado, una amplia gama de agentes no estatales que ofrecen información y servicios en relación con la salud infantil y los factores subyacentes que la determinan tienen responsabilidades concretas y ejercen influencia al respecto.
76. Entre las obligaciones de los Estados cabe mencionar el deber de promover el conocimiento por los agentes no estatales de sus responsabilidades y velar por que todos ellos reconozcan, respeten y hagan efectivas sus responsabilidades ante el niño, aplicando, cuando sea necesario, procedimientos de diligencia debida.
77. El Comité exhorta a todos los agentes no estatales dedicados a la promoción de la salud y la prestación de servicios sanitarios, especialmente los del sector privado, entre ellos la industria farmacéutica y de la tecnología sanitaria, los medios de comunicación y los proveedores de servicios sanitarios, a que actúen respetando lo dispuesto en la Convención y velen por que también lo respete todo asociado que preste servicios en su nombre. Esos asociados constan de organizaciones internacionales, bancos, instituciones financieras regionales, alianzas mundiales, el sector privado (fundaciones y fondos privados), donantes y cualquier otra entidad que aporte servicios o apoyo financiero en aras de la salud del niño, particularmente en situaciones de emergencia humanitaria o en situaciones políticamente inestables.

### 1. Responsabilidades de los padres y otros cuidadores

78. Las responsabilidades de los padres y otros cuidadores se mencionan expresamente en varias disposiciones de la Convención. Los padres deben cumplir sus responsabilidades actuando siempre en el interés superior del niño, de ser preciso con apoyo del Estado. Teniendo en cuenta la capacidad en desarrollo del niño, los padres y cuidadores deben cuidar y proteger al niño y ayudarlo a crecer y desarrollarse de manera saludable. Aunque en el artículo 24, párrafo 2 f), no se alude expresamente a cuidadores distintos de los padres, el Comité entiende que toda mención de los padres también se refiere a ellos.

### 2. Proveedores de servicios no estatales y otros agentes no estatales

#### a) Proveedores de servicios no estatales

79. Todos los proveedores de servicios sanitarios, incluidos los agentes no estatales, deben incorporar y aplicar en el diseño, la prestación y la evaluación de sus programas y servicios todas las disposiciones pertinentes de la Convención, así como los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad descritos en el capítulo VI, sección E, de la presente observación general.

#### b) Sector privado

80. Todas las empresas comerciales tienen la obligación de ejercer la diligencia debida en el ámbito de los derechos humanos, incluidos todos los derechos consagrados en la Convención. Los Estados deben imponer a las empresas la obligación de ejercer la diligencia debida en relación con los derechos del niño. Con ello, las empresas comerciales determinarán, prevendrán y mi-

tigarán sus efectos negativos en el derecho del niño a la salud, en particular en el marco de sus relaciones comerciales y de todo tipo de operación de alcance mundial. Se debe alentar y, cuando proceda, obligar a las grandes empresas comerciales a que pongan en conocimiento del público su labor encaminada a abordar sus repercusiones en los derechos del niño.

81. Entre otras responsabilidades y en todos los contextos, las empresas privadas deberán abstenerse de contratar niños en trabajos peligrosos, velando por que se respete la edad mínima para el trabajo infantil; cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud; limitar la publicidad de los alimentos energéticos con bajo contenido en micronutrientes y de las bebidas con alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos para el niño; y abstenerse de anunciar, comercializar y vender a los niños tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas o de hacer uso de imágenes de niños.
82. El Comité reconoce el profundo efecto del sector farmacéutico en la salud de los niños y exhorta a las empresas farmacéuticas a que adopten medidas encaminadas a aumentar el acceso de los niños a los medicamentos prestando especial atención a las Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos<sup>19</sup>. A la vez, los Estados deben velar por que las empresas farmacéuticas vigilen el uso y se abstengan de promover la receta y el uso excesivos de medicamentos por lo que se refiere a los niños. Los derechos de propiedad intelectual no deben ejercerse de manera que la población pobre no pueda permitirse la adquisición de medicamentos o bienes necesarios.
83. Las empresas privadas de seguros sanitarios deben velar por no discriminar a las embarazadas, los niños o las madres por motivos que estén prohibidos y por promover la igualdad mediante alianzas con planes estatales de seguro médico basados en el principio de solidaridad, garantizando que la incapacidad de pago no restrinja el acceso a los servicios.

#### c) Medios de comunicación y medios sociales

84. En el artículo 17 de la Convención se exponen las responsabilidades de los medios de comunicación, que en el ámbito de la salud pueden ampliarse para dar cabida a acciones como promover la salud y los estilos de vida saludables en la infancia; ofrecer espacios de publicidad gratuitos para la promoción de la salud; velar por la privacidad y confidencialidad de los niños y adolescentes; promover el acceso a la información; no producir programas de comunicación ni materiales que perjudiquen al niño y a la salud en general; y no perpetuar los estigmas relacionados con la salud.

#### d) Investigadores

85. El Comité subraya la responsabilidad de las entidades dedicadas a investigaciones relacionadas con los niños, con inclusión de académicos, empresas privadas y otras instancias, a efectos de respetar los principios y disposiciones de la Convención y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos<sup>20</sup>. El Comité recuerda a los investigadores que el interés superior del niño siempre prevalecerá sobre el interés de la sociedad en general o el adelanto científico.

## V. COOPERACIÓN INTERNACIONAL

<sup>19</sup> Véase también la resolución 15/22 del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

<sup>20</sup> Council for International Organizations of Medical Sciences/OMS, Ginebra, 1993.

86. Los Estados partes en la Convención tienen la obligación no solo de hacer efectivo en su jurisdicción el derecho del niño a la salud, sino también de contribuir al logro de ese objetivo a nivel mundial mediante la cooperación internacional. El artículo 24, párrafo 4, exige a los Estados y a los organismos interestatales que presten atención especial a las prioridades en materia de salud infantil en los segmentos más pobres de la población y en los Estados en desarrollo.
87. Todas las actividades internacionales y los programas de Estados donantes y receptores relacionados de forma directa o indirecta con la salud del niño se regirán por la Convención, que exige a los Estados asociados determinar los principales problemas de salud que afectan a los niños, las embarazadas y las madres en los países receptores y abordarlos de conformidad con las prioridades y principios establecidos en el artículo 24. La cooperación internacional debe dar apoyo a los sistemas y planes nacionales de salud dirigidos por Estados.
88. Los Estados tienen la responsabilidad individual y colectiva de cooperar a fin de proporcionar socorro en casos de desastre y asistencia humanitaria en momentos de emergencia, en particular por conducto de mecanismos de las Naciones Unidas. En estos casos, los Estados deben plantearse la posibilidad de dar prioridad a la labor orientada a la realización del derecho del niño a la salud, en particular mediante ayuda médica internacional apropiada; la distribución y gestión de recursos como el agua potable y salubre, los alimentos y los suministros médicos; y ayuda financiera a los niños más vulnerables o marginados.
89. El Comité recuerda a los Estados que deben cumplir la meta de destinar el 0,7% de su ingreso nacional bruto a la asistencia internacional para el desarrollo, pues, en los Estados con recursos escasos, los recursos financieros tienen consecuencias importantes para la realización del derecho del niño a la salud. Para garantizar la máxima repercusión posible, se insta a los Estados y los organismos interestatales a que apliquen los Principios de París sobre la eficacia de la ayuda y los principios del Programa de Acción de Accra.

## **VI. MARCO DE APLICACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS**

90. La rendición de cuentas ocupa un lugar central en el disfrute por el niño de su derecho a la salud. El Comité recuerda a los Estados partes su obligación de velar por que las autoridades gubernamentales competentes y los proveedores de servicios pertinentes rindan cuentas del mantenimiento de las normas más rigurosas posibles en relación con la salud del niño y la atención sanitaria que se le dispensa hasta que cumple 18 años.
91. Los Estados han de ofrecer un entorno que facilite a todas las instancias protectoras el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades en relación con el derecho del niño a la salud y un marco reglamentario dentro del cual todos los agentes deban operar y puedan ser objeto de seguimiento, en particular movilizando apoyo político y financiero para las cuestiones relacionadas con la salud del niño y fomentando la capacidad de las instancias protectoras de cumplimiento de sus obligaciones y la capacidad de los niños de reivindicación de su derecho a la salud.
92. Con la participación activa del gobierno, el parlamento, las comunidades, la sociedad civil y los niños, los mecanismos nacionales de rendición de cuentas deben ser eficaces y transparentes y encaminarse a conseguir que todos los agentes sean responsables de sus actos. También deben, entre otras cosas, prestar atención a los factores estructurales que afectan a la salud del niño, como las leyes, políticas y presupuestos. El seguimiento participativo de los

recursos financieros y de su impacto en la salud infantil es esencial para los mecanismos estatales de rendición de cuentas.

#### **A. Promoción del conocimiento del derecho del niño a la salud (artículo 42)**

93. El Comité alienta a los Estados a que adopten y apliquen una estrategia amplia de educación de los niños, sus cuidadores, los responsables de formular políticas, los políticos y los profesionales que se ocupan de los niños con respecto al derecho del niño a la salud y la manera en que pueden contribuir a su realización.

#### **B. Medidas legislativas**

94. La Convención exige que los Estados partes adopten todas las medidas legislativas, administrativas y de otro tipo apropiadas para que el niño pueda ejercer sin discriminación su derecho a la salud. Las leyes nacionales deben imponer al Estado la obligación reglamentaria de aportar los servicios, programas, recursos humanos e infraestructura necesarios para realizar el derecho del niño a la salud y otorgar, también por ley, el derecho a servicios esenciales en materia de salud y servicios conexos, de calidad y siempre en función de las necesidades del niño, para embarazadas y niños, independientemente de su capacidad de pago. Deben revisarse las leyes para determinar todo posible efecto discriminatorio o impedimento a la realización del derecho del niño a la salud y, cuando proceda, derogarlo. De ser necesario, los organismos y donantes internacionales han de aportar ayuda para el desarrollo y asistencia técnica para esas reformas jurídicas.
95. La legislación debe cumplir otras funciones diversas en la realización del derecho del niño a la salud definiendo el alcance del derecho y reconociendo a los niños como titulares de derechos; aclarando las funciones y responsabilidades de todas las instancias protectoras; especificando qué servicios tienen derecho a exigir los niños, las embarazadas y las madres; y regulando los servicios y medicamentos para asegurar que sean de calidad y no resulten perjudiciales. Los Estados deben velar por la existencia de salvaguardas legislativas y de otro tipo para proteger y promover la labor de los defensores de los derechos humanos que se ocupan del derecho del niño a la salud.

#### **C. Gobernanza y coordinación**

96. Se alienta a los Estados a que ratifiquen y apliquen los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales relacionados con la salud del niño y a que, al respecto, presenten información sobre todos los aspectos de la salud infantil.
97. La sostenibilidad de las políticas y las prácticas relativas a la salud del niño exige un plan nacional a largo plazo respaldado y consolidado como prioridad nacional. El Comité recomienda a los Estados que establezcan y utilicen un marco integral y cohesionado para la coordinación nacional en materia de salud infantil, basado en los principios de la Convención, a fin de facilitar la cooperación entre los ministerios gubernamentales y los distintos estamentos del gobierno, así como la interacción con los interesados de la sociedad civil, incluidos los niños. En vista del alto número de organismos gubernamentales, ramas legislativas y ministerios que se ocupan en distintos niveles de las políticas y servicios relacionados con la salud infantil, el Comité recomienda que se aclaren en el marco jurídico y reglamentario las funciones y responsabilidades de cada instancia.
98. Debe prestarse especial atención a la determinación de los grupos de niños marginados y desfavorecidos, así como de los niños en peligro de sufrir cualquier forma de violencia y dis-

criminación, y al establecimiento de prioridades entre ellos. Todas las actividades deben consignarse enteramente en el presupuesto nacional, donde se indicará su financiación y se les dará visibilidad.

99. Ha de aplicarse una estrategia de incorporación de la salud del niño en todas las políticas que ponga de relieve los vínculos entre la salud infantil y los elementos subyacentes que la determinan. Debe hacerse todo lo posible por eliminar los estrangulamientos que obstaculizan la transparencia, la coordinación, la asociación y la rendición de cuentas en la prestación de servicios que afectan a la salud del niño.
100. Aunque es necesaria la descentralización para atender las necesidades concretas de cada localidad y sector, ello no reduce la responsabilidad directa del gobierno central o nacional a efectos de cumplir sus obligaciones con respecto a todos los niños de su jurisdicción. Las decisiones en materia de asignación a los distintos niveles de servicios y esferas geográficas han de obedecer a los elementos centrales del enfoque en materia de atención primaria de salud.
101. Los Estados deben implicar a todos los sectores de la sociedad, en particular a los niños, en la realización del derecho del niño a la salud. El Comité recomienda que esa participación incluya la creación de condiciones propicias al crecimiento, desarrollo y sostenibilidad permanentes de las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos populares y comunitarios; la facilitación efectiva de su contribución a la preparación, aplicación y evaluación de políticas y servicios centrados en la salud infantil; y la prestación de apoyo financiero suficiente o asistencia para obtenerlo.

## **1. Papel de los parlamentos en la rendición de cuentas nacional**

102. En todo lo relacionado con la salud del niño, los parlamentos son responsables de legislar velando por la transparencia y la inclusión y de fomentar el diálogo público constante y la cultura de rendición de cuentas. Deben ofrecer una plataforma pública para notificar y examinar la actuación y promover la participación pública en mecanismos independientes de revisión. También deben exigir cuentas al poder ejecutivo en cuanto a la aplicación de las recomendaciones planteadas en revisiones independientes y velar por que, a escala nacional, los resultados de esas revisiones sirvan de base a ulteriores planes, leyes, presupuestos y nuevas medidas de rendición de cuentas.

## **2. Papel de las instituciones nacionales de derechos humanos en la rendición de cuentas nacional**

103. Las instituciones nacionales de derechos humanos cumplen un importante papel en el examen y la promoción de la rendición de cuentas, la concesión de reparaciones a los niños cuando se viola su derecho a la salud y la defensa del cambio estructural orientado a la realización de ese derecho. El Comité evoca su Observación general N° 2 y recuerda a los Estados que el mandato de los comisionados o defensores del niño debe incorporar el derecho a la salud, y que los titulares de este mandato han de estar provistos de recursos suficientes y ser independientes del Gobierno<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Véase la Observación general N° 2 (2002) sobre el papel de las instituciones nacionales independientes de derechos humanos en la promoción y protección de los derechos del niño, Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo noveno período de sesiones, Suplemento N° 41 (A/59/41), anexo VIII.

## **D. Inversión en la salud del niño**

104. Al adoptar decisiones sobre la asignación y el gasto presupuestario, los Estados deben esforzarse por garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios esenciales de atención sanitaria para todos los niños, sin discriminación.
105. Los Estados deben evaluar constantemente las repercusiones de las decisiones sobre política macroeconómica en el derecho del niño a la salud, especialmente en lo referente a los niños en situaciones vulnerables, frenar toda decisión que pueda poner en peligro los derechos del niño y aplicar el principio del “interés superior” al adoptar esas decisiones. Los Estados también deben tener presentes las obligaciones derivadas del artículo 24 en todos los aspectos de sus negociaciones con las instituciones financieras internacionales y otros donantes para velar por que el derecho del niño a la salud se tenga debidamente en cuenta en el marco de la cooperación internacional.
106. El Comité recomienda a los Estados partes que:
  - a) Legislen la asignación de una parte determinada del gasto público a la salud del niño y creen un mecanismo de acompañamiento que permita una evaluación sistemática e independiente de dicho gasto;
  - b) Cumplan el gasto mínimo en salud por habitante recomendado por la Organización Mundial de la Salud y den prioridad a la salud del niño en las asignaciones presupuestarias;
  - c) Aseguren la visibilidad de la inversión en la infancia en el presupuesto estatal mediante una recopilación detallada de los recursos que se le asignan y se gastan; y
  - d) Pongan en marcha un sistema de seguimiento y análisis presupuestario basado en los derechos, así como evaluaciones del impacto infantil relativas a la forma en que las inversiones, especialmente en el sector de la salud, pueden redundar en el interés superior del niño.
107. El Comité subraya la importancia de los instrumentos de evaluación del uso de los recursos y reconoce la necesidad de elaborar indicadores mensurables que sirvan a los Estados partes para supervisar y evaluar los progresos en el ejercicio por los niños de su derecho a la salud.

## **E. El ciclo de acción**

108. El cumplimiento por los Estados partes de las obligaciones que les incumben en virtud del artículo 24 exige la adopción de un proceso cíclico de planificación, aplicación, seguimiento y evaluación que sirva de base a la planificación ulterior, una aplicación modificada y una labor renovada de seguimiento y evaluación. Los Estados deben velar por la participación significativa de los niños e incorporar mecanismos de comunicación de los resultados para facilitar los ajustes necesarios durante el ciclo.
109. La disponibilidad de datos pertinentes y fiables ocupa un lugar central en la elaboración, la aplicación y el seguimiento de políticas, programas y servicios encaminados a realizar el derecho del niño a la salud, lo cual debe incluir datos debidamente desglosados durante la trayectoria vital del niño, prestando especial atención a los grupos vulnerables; datos sobre los problemas sanitarios prioritarios, en particular sobre las causas de mortalidad y de morbilidad, nuevas o descuidadas hasta ahora; y datos sobre los principales factores determinantes de la salud infantil. Para disponer de información estratégica hacen falta datos procedentes de sistemas ordinarios de información sobre la salud, estudios especiales e investigaciones. Esos datos, que han de ser tanto cuantitativos como cualitativos, deben reunirse, analizarse y emplearse para fundamentar las políticas y programas nacionales y subnacionales.

## **1. Planificación**

110. El Comité observa que, para fundamentar la puesta en práctica, el seguimiento y la evaluación de las actividades de cumplimiento de las obligaciones previstas en el artículo 24, los Estados deben efectuar análisis de la situación de los problemas surgidos, sus distintos aspectos y la infraestructura de que se dispone para prestar servicios. Mediante el análisis debe evaluarse la capacidad institucional y la disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos. Sobre la base de los resultados del análisis ha de elaborarse una estrategia en la que participen todos los interesados, las instancias estatales y no estatales y los niños.
111. Gracias al análisis de la situación se tendrá una idea clara de las prioridades y estrategias nacionales y subnacionales con fines de aplicación. Deberán establecerse parámetros y objetivos, planes de acción presupuestados y estrategias operacionales, así como un marco para el seguimiento y la evaluación de las políticas, programas y servicios y la promoción de la rendición de cuentas con respecto a la salud infantil. De ese modo se pondrán de relieve maneras de construir y fortalecer estructuras y sistemas existentes que sean consonantes con la Convención.

## **2. Criterios para determinar los resultados y la aplicación**

112. Los Estados deben velar por que todos los servicios y programas relacionados con la salud infantil cumplan los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

### **a) Disponibilidad**

113. Los Estados deben velar por el funcionamiento en cantidad suficiente de instalaciones, bienes, servicios y programas de salud infantil. El Estado ha de asegurarse de que dispone en su territorio de hospitales, clínicas, profesionales de la salud, equipos e instalaciones móviles, trabajadores sanitarios comunitarios, equipos y medicamentos esenciales suficientes para proporcionar atención sanitaria a todos los niños, las embarazadas y las madres. La suficiencia debe medirse en función de la necesidad, prestando especial atención a las poblaciones insuficientemente dotadas de servicios y las de acceso difícil.

### **b) Accesibilidad**

114. El elemento de accesibilidad presenta cuatro dimensiones:

- a) **No discriminación.** Los servicios de atención de la salud y servicios conexos, los equipos y los suministros deben estar al alcance de todos los niños, embarazadas y madres, en la ley y en la práctica, sin discriminación de ningún tipo.
- b) **Accesibilidad física.** Las instalaciones de atención de la salud deben estar en un radio accesible para todos los niños, embarazadas y madres. Puede que la accesibilidad física oblige a prestar un mayor grado de atención a las necesidades de los niños y mujeres con discapacidad. El Comité alienta a los Estados a que den prioridad a la implantación de instalaciones y servicios en zonas insuficientemente atendidas y a que inviertan en enfoques de atención móvil, tecnologías innovadoras y trabajadores sanitarios comunitarios debidamente capacitados y provistos de apoyo con el objeto de prestar servicios a los grupos de niños especialmente vulnerables.
- c) **Accesibilidad económica/asequibilidad.** La falta de capacidad para pagar los servicios, suministros o medicamentos no debe traducirse en una denegación de acceso. El Comité exhorta a los Estados a que supriman las tasas de usuario y apliquen sistemas de financiación de la salud que no discriminan a las mujeres y los niños cuando no pueden pagar. De-

ben implantarse mecanismos de mancomunación de riesgos, como recaudaciones de impuestos y seguros, sobre la base de contribuciones equitativas en función de los medios.

- d) Accesibilidad de la información. Debe proporcionarse a los niños y sus cuidadores información sobre promoción de la salud, estado de salud y opciones de tratamiento en un idioma y un formato que sean accesibles y claramente inteligibles.

#### c) Aceptabilidad

- 115. En el contexto del derecho del niño a la salud, el Comité entiende por aceptabilidad la obligación de que todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud se diseñen y usen de una forma que tenga plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de los niños, prestando especial atención, cuando proceda, a determinados grupos.

#### d) Calidad

- 116. Las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y de calidad. Para garantizar la calidad es preciso, entre otras cosas, que: a) los tratamientos, intervenciones y medicamentos se basen en las mejores pruebas disponibles; b) el personal médico esté debidamente facultado y disponga de capacitación adecuada en salud materna e infantil, así como en los principios y disposiciones de la Convención; c) el equipo hospitalario esté científicamente aprobado y sea adecuado para los niños; d) los medicamentos estén científicamente aprobados y no caducados, estén destinados a los niños (cuando sea necesario) y sean objeto de seguimiento por si se producen reacciones adversas; y e) se evalúe periódicamente la calidad de la atención dispensada en las instituciones sanitarias.

### 3. Seguimiento y evaluación

- 117. Debe establecerse con fines de seguimiento y evaluación un conjunto de indicadores estructurados y debidamente desglosados en función de los requisitos antes indicados a título de criterios para determinar los resultados. Los datos deben emplearse para volver a diseñar y mejorar las políticas, programas y servicios de apoyo a la realización del derecho del niño a la salud. Los sistemas de información sobre salud deben aportar datos fiables, transparentes y coherentes al tiempo que se protege el derecho de la persona a la intimidad. Los Estados deben revisar regularmente su sistema de información sobre salud, en particular el registro civil y la vigilancia de la morbilidad, con miras a su mejora.
- 118. Los mecanismos nacionales de rendición de cuentas han de encargarse del seguimiento y la revisión y actuar en función de sus constataciones. Se entiende por seguimiento aportar datos sobre el estado de salud de los niños y revisar a intervalos razonables la calidad de los servicios sanitarios dispensados a los niños, así como las sumas gastadas al respecto, el lugar donde se gastaron, el concepto de gasto y los niños a los que se destinaron los gastos. Para ello se recurrirá al seguimiento habitual y a evaluaciones periódicas en profundidad. Se entiende por revisión el análisis de los datos y la celebración de consultas con los niños, las familias, otros cuidadores y la sociedad civil para determinar si la salud infantil ha mejorado y si el Gobierno y otras instancias han cumplido sus compromisos. Se entiende por actuar hacer uso de las pruebas reunidas en el marco de estos procesos para repetir y ampliar lo que funciona y reparar y reformar lo que no funciona.

## **F. Reparaciones por violación del derecho del niño a la salud**

119. El Comité alienta encarecidamente a los Estados a que establezcan mecanismos de presentación de denuncias funcionales y accesibles de ámbito comunitario que permitan a los niños solicitar y obtener reparación cuando se viole o ponga en peligro su derecho a la salud. Los Estados también deben ofrecer derechos amplios legitimados jurídicamente, incluidas demandas colectivas.
120. Los Estados han de garantizar y facilitar a los niños individuales y sus cuidadores el acceso a los tribunales y adoptar medidas para eliminar todo obstáculo al acceso a las reparaciones por violación del derecho del niño a la salud. Las instituciones nacionales de derechos humanos, los defensores del niño, las asociaciones de profesionales de la salud y las asociaciones de consumidores pueden cumplir importantes funciones al respecto.

## **VII.DIFUSIÓN**

121. El Comité recomienda que los Estados den amplia difusión a la presente observación general, en el parlamento y en todo el aparato gubernamental, con inclusión de ministerios, departamentos y los órganos municipales y locales que se ocupan de asuntos relativos a la salud del niño.







# **CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER**

**Adoptada y abierta a la firma y ratificación,  
o adhesión, por la Asamblea General en su  
resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979**

**Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981,  
de conformidad con el artículo 27 (1)**

**Los Estados Partes en la presente Convención,**

Considerando que la Carta de las Naciones Unidas reafirma la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres,

Considerando que la Declaración Universal de Derechos Humanos reafirma el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamados en esa Declaración, sin distinción alguna y, por ende, sin distinción de sexo,

Considerando que los Estados Partes en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos tienen la obligación de garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos,

Teniendo en cuenta las convenciones internacionales concertadas bajo los auspicios de las Naciones Unidas y de los organismos especializados para favorecer la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer,

Teniendo en cuenta asimismo las resoluciones, declaraciones y recomendaciones aprobadas por las Naciones Unidas y los organismos especializados para favorecer la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer,

Preocupados, sin embargo, al comprobar que a pesar de estos diversos instrumentos las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones,

Recordando que la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad,

Preocupados por el hecho de que en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades,

Convencidos de que el establecimiento del nuevo orden económico internacional basado en la equidad y la justicia contribuirá significativamente a la promoción de la igualdad entre el hombre y la mujer,

Subrayado que la eliminación del apartheid, de todas las formas de racismo, de discriminación racial, colonialismo, neocolonialismo, agresión, ocupación y dominación extranjeras y de la injerencia en los asuntos internos de los Estados es indispensable para el disfrute cabal de los derechos del hom-

bre y de la mujer,

Afirmando que el fortalecimiento de la paz y la seguridad internacionales, el alivio de la tensión internacional, la cooperación mutua entre todos los Estados con independencia de sus sistemas sociales y económicos, el desarme general y completo, en particular el desarme nuclear bajo un control internacional estricto y efectivo, la afirmación de los principios de la justicia, la igualdad y el provecho mutuo en las relaciones entre países y la realización del derecho de los pueblos sometidos a dominación colonial y extranjera o a ocupación extranjera a la libre determinación y la independencia, así como el respeto de la soberanía nacional y de la integridad territorial, promoverán el progreso social y el desarrollo y, en consecuencia, contribuirán al logro de la plena igualdad entre el hombre y la mujer, Convencidos de que la máxima participación de la mujer en todas las esferas, en igualdad de condiciones con el hombre, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz,

Teniendo presentes el gran aporte de la mujer al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, hasta ahora no plenamente reconocido, la importancia social de la maternidad y la función tanto del padre como de la madre en la familia y en la educación de los hijos, y conscientes de que el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación, sino que la educación de los niños exige la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto,

Reconociendo que para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia,

Resueltos a aplicar los principios enunciados en la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer y, para ello, a adoptar las medidas necesarias a fin de suprimir esta discriminación en todas sus formas y manifestaciones,

Han convenido en lo siguiente:

# **PARTE I**

## **Artículo 1**

A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

## **Artículo 2**

Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

- a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;
- b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;
- c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;
- d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;
- e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;
- f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;
- g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.

## **Artículo 3**

Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

## **Artículo 4**

1. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la presente Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato.
2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

## **Artículo 5**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

- a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;
- b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

## **Artículo 6**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer.

# **PARTE II**

## **Artículo 7**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la vida política y pública del país y, en particular, garantizarán a las mujeres, en igualdad de condiciones con los hombres, el derecho a:

- a) Votar en todas las elecciones y referéndums públicos y ser elegibles para todos los organismos cuyos miembros sean objeto de elecciones públicas;
- b) Participar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas, y ocupar cargos públicos y ejercer todas las funciones públicas en todos los planos gubernamentales;
- c) Participar en organizaciones y en asociaciones no gubernamentales que se ocupen de la vida pública y política del país.

## **Artículo 8**

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar a la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre y sin discriminación alguna, la oportunidad de representar a su gobierno en el plano internacional y de participar en la labor de las organizaciones internacionales.

## **Artículo 9**

1. Los Estados Partes otorgarán a las mujeres iguales derechos que a los hombres para adquirir, cambiar o conservar su nacionalidad. Garantizarán, en particular, que ni el matrimonio con un extranjero ni el cambio de nacionalidad del marido durante el matrimonio cambien automáticamente la nacionalidad de la esposa, la conviertan en ápatriada o la obliguen a adoptar la nacionalidad del cónyuge.
2. Los Estados Partes otorgarán a la mujer los mismos derechos que al hombre con respecto a la nacionalidad de sus hijos.

## **PARTE III**

### **Artículo 10**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

- a) Las mismas condiciones de orientación en materia de carreras y capacitación profesional, acceso a los estudios y obtención de diplomas en las instituciones de enseñanza de todas las categorías, tanto en zonas rurales como urbanas; esta igualdad deberá asegurarse en la enseñanza preescolar, general, técnica, profesional y técnica superior, así como en todos los tipos de capacitación profesional;
- b) Acceso a los mismos programas de estudios, a los mismos exámenes, a personal docente del mismo nivel profesional y a locales y equipos escolares de la misma calidad;
- c) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza;
- d) Las mismas oportunidades para la obtención de becas y otras subvenciones para cursar estudios;
- e) Las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación permanente, incluidos los programas de alfabetización funcional y de adultos, con miras en particular a reducir lo antes posible toda diferencia de conocimientos que exista entre hombres y mujeres;
- f) La reducción de la tasa de abandono femenino de los estudios y la organización de programas para aquellas jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente;
- g) Las mismas oportunidades para participar activamente en el deporte y la educación física;
- h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

### **Artículo 11**

- 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:
  - a) El derecho al trabajo como derecho inalienable de todo ser humano;
  - b) El derecho a las mismas oportunidades de empleo, inclusive a la aplicación de los mismos criterios de selección en cuestiones de empleo;
  - c) El derecho a elegir libremente profesión y empleo, el derecho al ascenso, a la estabilidad en el empleo y a todas las prestaciones y otras condiciones de servicio, y el derecho a la formación profesional y al readiestramiento, incluido el aprendizaje, la formación profesional superior y el adiestramiento periódico;
  - d) El derecho a igual remuneración, inclusive prestaciones, y a igualdad de trato con respecto a un trabajo de igual valor, así como a igualdad de trato con respecto a la evaluación de la calidad del trabajo;

- e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas;
  - f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.
2. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:
    - a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;
    - b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;
    - c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños;
    - d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.
  3. La legislación protectora relacionada con las cuestiones comprendidas en este artículo será examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos y será revisada, derogada o ampliada según corresponda.

## **Artículo 12**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

## **Artículo 13**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular:

- a) El derecho a prestaciones familiares;
- b) El derecho a obtener préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito financiero;
- c) El derecho a participar en actividades de esparcimiento, deportes y en todos los aspectos de la vida cultural.

## **Artículo 14**

1. Los Estados Partes tendrán en cuenta los problemas especiales a que hace frente la mujer rural y el importante papel que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía, y tomarán todas las medidas

apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la presente Convención a la mujer en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:
  - a) Participar en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo a todos los niveles;
  - b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia;
  - c) Beneficiarse directamente de los programas de seguridad social;
  - d) Obtener todos los tipos de educación y de formación, académica y no académica, incluidos los relacionados con la alfabetización funcional, así como, entre otros, los beneficios de todos los servicios comunitarios y de divulgación a fin de aumentar su capacidad técnica;
  - e) Organizar grupos de autoayuda y cooperativas a fin de obtener igualdad de acceso a las oportunidades económicas mediante el empleo por cuenta propia o por cuenta ajena;
  - f) Participar en todas las actividades comunitarias;
  - g) Obtener acceso a los créditos y préstamos agrícolas, a los servicios de comercialización y a las tecnologías apropiadas, y recibir un trato igual en los planes de reforma agraria y de reasentamiento;
  - h) Gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones.

## **PARTE IV**

### **Artículo 15**

1. Los Estados Partes reconocerán a la mujer la igualdad con el hombre ante la ley.
2. Los Estados Partes reconocerán a la mujer, en materias civiles, una capacidad jurídica idéntica a la del hombre y las mismas oportunidades para el ejercicio de esa capacidad. En particular, le reconocerán a la mujer iguales derechos para firmar contratos y administrar bienes y le dispensarán un trato igual en todas las etapas del procedimiento en las cortes de justicia y los tribunales.
3. Los Estados Partes convienen en que todo contrato o cualquier otro instrumento privado con efecto jurídico que tienda a limitar la capacidad jurídica de la mujer se considerará nulo.
4. Los Estados Partes reconocerán al hombre y a la mujer los mismos derechos con respecto a la legislación relativa al derecho de las personas a circular libremente y a la libertad para elegir su residencia y domicilio.

### **Artículo 16**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares

y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

- a) El mismo derecho para contraer matrimonio;
  - b) El mismo derecho para elegir libremente cónyuge y contraer matrimonio sólo por su libre albedrío y su pleno consentimiento;
  - c) Los mismos derechos y responsabilidades durante el matrimonio y con ocasión de su disolución;
  - d) Los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;
  - e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos;
  - f) Los mismos derechos y responsabilidades respecto de la tutela, curatela, custodia y adopción de los hijos, o instituciones análogas cuando quiera que estos conceptos existan en la legislación nacional; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;
  - g) Los mismos derechos personales como marido y mujer, entre ellos el derecho a elegir apellido, profesión y ocupación;
  - h) Los mismos derechos a cada uno de los cónyuges en materia de propiedad, compras, gestión, administración, goce y disposición de los bienes, tanto a título gratuito como oneroso.
2. No tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficial.

## **PARTE V**

### **Artículo 17**

1. Con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de la presente Convención, se establecerá un Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (denominado en adelante el Comité) compuesto, en el momento de la entrada en vigor de la Convención, de dieciocho y, después de su ratificación o adhesión por el trigésimo quinto Estado Parte, de veintitrés expertos de gran prestigio moral y competencia en la esfera abarcada por la Convención. Los expertos serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales, y ejercerán sus funciones a título personal; se tendrán en cuenta una distribución geográfica equitativa y la representación de las diferentes formas de civilización, así como los principales sistemas jurídicos.
2. Los miembros del Comité serán elegidos en votación secreta de un lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada uno de los Estados Partes podrá designar una persona entre sus propios nacionales.
3. La elección inicial se celebrará seis meses después de la fecha de entrada en vigor de la pre-

sente Convención. Al menos tres meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a presentar sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará una lista por orden alfabético de todas las personas designadas de este modo, indicando los Estados Partes que las han designado, y la comunicará a los Estados Partes.

4. Los miembros del Comité serán elegidos en una reunión de los Estados Partes que será convocada por el Secretario General y se celebrará en la Sede de las Naciones Unidas. En esta reunión, para la cual formarán quórum dos tercios de los Estados Partes, se considerarán elegidos para el Comité los candidatos que obtengan el mayor número de votos y la mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.
5. Los miembros del Comité serán elegidos por cuatro años. No obstante, el mandato de nueve de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección el Presidente del Comité designará por sorteo los nombres de esos nueve miembros.
6. La elección de los cinco miembros adicionales del Comité se celebrará de conformidad con lo dispuesto en los párrafos 2, 3 y 4 del presente artículo, después de que el trigésimo quinto Estado Parte haya ratificado la Convención o se haya adherido a ella. El mandato de dos de los miembros adicionales elegidos en esta ocasión, cuyos nombres designará por sorteo el Presidente del Comité, expirará al cabo de dos años.
7. Para cubrir las vacantes imprevistas, el Estado Parte cuyo experto haya cesado en sus funciones como miembro del Comité designará entre sus nacionales a otro experto a reserva de la aprobación del Comité.
8. Los miembros del Comité, previa aprobación de la Asamblea General, percibirán emolumentos de los fondos de las Naciones Unidas en la forma y condiciones que la Asamblea determine, teniendo en cuenta la importancia de las funciones del Comité.
9. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité en virtud de la presente Convención.

## **Artículo 18**

1. Los Estados Partes se comprometen a someter al Secretario General de las Naciones Unidas, para que lo examine el Comité, un informe sobre las medidas legislativas, judiciales, administrativas o de otra índole que hayan adoptado para hacer efectivas las disposiciones de la presente Convención y sobre los progresos realizados en este sentido:
  - a) En el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de la Convención para el Estado de que se trate;
  - b) En lo sucesivo por lo menos cada cuatro años y, además, cuando el Comité lo solicite.
2. Se podrán indicar en los informes los factores y las dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones impuestas por la presente Convención.

## **Artículo 19**

1. El Comité aprobará su propio reglamento.
2. El Comité elegirá su Mesa por un período de dos años.

## **Artículo 20**

1. El Comité se reunirá normalmente todos los años por un período que no exceda de dos semanas para examinar los informes que se le presenten de conformidad con el artículo 18 de la presente Convención.
2. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la Sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro sitio conveniente que determine el Comité.

### **Artículo 21**

1. El Comité, por conducto del Consejo Económico y Social, informará anualmente a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y de los datos transmitidos por los Estados Partes. Estas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité junto con las observaciones, si las hubiere, de los Estados Partes.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas transmitirá los informes del Comité a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer para su información.

### **Artículo 22**

Los organismos especializados tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que correspondan a la esfera de las actividades. El Comité podrá invitar a los organismos especializados a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las áreas que correspondan a la esfera de sus actividades.

## **PARTE VI**

### **Artículo 23**

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a disposición alguna que sea más conducente al logro de la igualdad entre hombres y mujeres y que pueda formar parte de:

- a) La legislación de un Estado Parte; o
- b) Cualquier otra convención, tratado o acuerdo internacional vigente en ese Estado.

### **Artículo 24**

Los Estados Partes se comprometen a adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en la presente Convención.

### **Artículo 25**

1. La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.
2. Se designa al Secretario General de las Naciones Unidas depositario de la presente Convención.
3. La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
4. La presente Convención estará abierta a la adhesión de todos los Estados. La adhesión se efectuará depositando un instrumento de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

### **Artículo 26**

1. En cualquier momento, cualquiera de los Estados Partes podrá formular una solicitud de revi-

sión de la presente Convención mediante comunicación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas.

2. La Asamblea General de las Naciones Unidas decidirá las medidas que, en caso necesario, hayan de adoptarse en lo que respecta a esa solicitud.

## **Artículo 27**

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado en poder del Secretario General de las Naciones Unidas el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión.
2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

## **Artículo 28**

1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por los Estados en el momento de la ratificación o de la adhesión.
2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y el propósito de la presente Convención.
3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación a estos efectos dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará de ello a todos los Estados. Esta notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción.

## **Artículo 29**

1. Toda controversia que surja entre dos o más Estados Partes con respecto a la interpretación o aplicación de la presente Convención que no se solucione mediante negociaciones se someterá al arbitraje a petición de uno de ellos. Si en el plazo de seis meses contados a partir de la fecha de presentación de solicitud de arbitraje las partes no consiguen ponerse de acuerdo sobre la forma del mismo, cualquiera de las partes podrá someter la controversia a la Corte Internacional de Justicia, mediante una solicitud presentada de conformidad con el Estatuto de la Corte.
2. Todo Estado Parte, en el momento de la firma o ratificación de la presente Convención o de su adhesión a la misma, podrá declarar que no se considera obligado por el párrafo 1 del presente artículo. Los demás Estados Partes no estarán obligados por ese párrafo ante ningún Estado Parte que haya formulado esa reserva.
3. Todo Estado Parte que haya formulado la reserva prevista en el párrafo 2 del presente artículo podrá retirarla en cualquier momento notificándolo al Secretario General de las Naciones Unidas.

## **Artículo 30**

La presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

En testimonio de lo cual, los infrascritos, debidamente autorizados, firman la presente Convención.

# **RECOMENDACIÓN GENERAL N° 14 (NOVENO PERÍODO DE SESIONES, 1990)\***

## **CIRCUNCISIÓN FEMENINA**

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Preocupado por la continuación de la práctica de la circuncisión femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer,

Observando con satisfacción que algunos países donde existen esas prácticas, así como algunas organizaciones nacionales de mujeres, organizaciones no gubernamentales y organismos especializados como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Comisión de Derechos Humanos y su Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, siguen analizando la cuestión y han reconocido en particular que las prácticas tradicionales como la circuncisión femenina tienen graves consecuencias sanitarias y de otra índole para las mujeres y los niños,

Tomando nota con interés del estudio del Relator Especial sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños, y del estudio del Grupo de Trabajo Especial sobre prácticas tradicionales,

Reconociendo que las propias mujeres están adoptando importantes medidas para individualizar las prácticas que son perjudiciales para la salud y el bienestar de las mujeres y los niños, y para luchar contra esas prácticas,

Convencido de que es necesario que los gobiernos apoyen y alienten las importantes medidas que están adoptando las mujeres y todos los grupos interesados,

Observando con grave preocupación que persisten las presiones culturales, tradicionales y económicas que contribuyen a perpetuar prácticas perjudiciales, como la circuncisión femenina,

Recomienda a los Estados Partes:

- a) Que adopten medidas apropiadas y eficaces encaminadas a erradicar la práctica de la circuncisión femenina. Esas medidas podrían incluir lo siguiente:
  - i) La recopilación y difusión de datos básicos sobre esas prácticas tradicionales por las universidades, las asociaciones de médicos o de enfermeras, las organizaciones nacionales de mujeres y otros organismos;
  - ii) La prestación de apoyo, a nivel nacional y local, a las organizaciones de mujeres que trabajan en favor de la eliminación de la circuncisión femenina y otras prácticas perjudiciales para la mujer;
  - iii) El aliento a los políticos, profesionales, dirigentes religiosos y comunitarios en todos los niveles, entre ellos, los medios de difusión y las artes para que contribuyan a modificar el modo de pensar respecto de la erradicación de la circuncisión femenina;
  - iv) La organización de programas y seminarios adecuados de enseñanza y de capacitación basados en los resultados de las investigaciones sobre los problemas que produce la circuncisión femenina;
- b) Que incluyan en sus políticas nacionales de salud estrategias adecuadas orientadas a erradicar la circuncisión femenina de los programas de atención de la salud pública. Esas estrategias podrían comprender la responsabilidad especial que incumbe al personal

sanitario, incluidas las parteras tradicionales, en lo que se refiere a explicar los efectos perjudiciales de la circuncisión femenina;

- c) Que soliciten asistencia, información y asesoramiento a las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas para apoyar los esfuerzos para eliminar las prácticas tradicionales perjudiciales;
- d) Que incluyan en sus informes al Comité, con arreglo a los artículos 10 y 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, información acerca de las medidas adoptadas para eliminar la circuncisión femenina.

## **RECOMENDACIÓN GENERAL N° 15 (NOVENO PERÍODO DE SESIONES, 1990)\***

### **Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,

Habiendo examinado la información señalada sobre los posibles efectos de la pandemia mundial del SIDA y de las estrategias de lucha contra este síndrome sobre el ejercicio de los derechos de la mujer, Teniendo en cuenta los informes y materiales preparados por la Organización Mundial de la Salud y por otras organizaciones, órganos y organismos de las Naciones Unidas en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en particular, la nota presentada por el Secretario General a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer sobre los efectos del SIDA para el adelanto de la mujer y el Documento Final de la Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos celebrada en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989,

Tomando nota de la resolución WHA 41.24 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la necesidad de evitar la discriminación contra las personas infectadas con el VIH y contra los enfermos de SIDA, de 13 de mayo de 1988, de la resolución 1989/11 de la Comisión de Derechos Humanos sobre la no discriminación en la esfera de la salud, de 2 de marzo de 1989, y sobre todo de la Declaración de París sobre la Mujer, el Niño y el SIDA, de 30 de noviembre de 1989,

Tomando nota de que la Organización Mundial de la Salud anunció que el tema del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, que se celebrará el 1º de diciembre de 1990, será «La mujer y el SIDA»,

Recomienda a los Estados Partes:

- a) Que intensifiquen las medidas de difusión de información para que el público conozca el riesgo de infección con el VIH y el SIDA, sobre todo para las mujeres y los niños, así como los efectos que acarrean para éstos;
- b) Que, en los programas de lucha contra el SIDA, presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH;
- c) Que aseguren que la mujer participe en la atención primaria de la salud y adopten medidas orientadas a incrementar su papel de proveedoras de cuidados, trabajadoras sanitarias y educadoras en materia de prevención de la infección con el VIH;
- d) Que, en los informes que preparen en cumplimiento del artículo 12 de la Convención, incluyan información acerca de los efectos del SIDA para la situación de la mujer y de las medidas adoptadas para atender a las necesidades de mujeres infectadas e impedir la discriminación de las afectadas por el SIDA.

## **RECOMENDACIÓN GENERAL N° 24 (20º PERÍODO DE SESIONES, 1999)\***

### **Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud**

1. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, afirmando que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, decidió, en su 20º período de sesiones, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 21, hacer una recomendación general sobre el artículo 12 de la Convención.

### **ANTECEDENTES**

2. El cumplimiento, por los Estados Partes, del artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer. De conformidad con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto. El examen de los informes presentados por los Estados Partes en cumplimiento del artículo 18 de la Convención revela que la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer. En la presente Recomendación general, destinada tanto a los Estados Partes como a todos los que tienen un especial interés en las cuestiones relativas a la salud de la mujer, se ha procurado detallar la interpretación dada por el Comité al artículo 12 y se contemplan medidas encaminadas a eliminar la discriminación a fin de que la mujer pueda ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud.
3. En recientes conferencias mundiales de las Naciones Unidas también se ha examinado esa clase de objetivos. Al preparar la presente Recomendación general, el Comité ha tenido en cuenta los programas de acción pertinentes aprobados por conferencias mundiales de las Naciones Unidas y, en particular, los de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995. El Comité también ha tomado nota de la labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y otros órganos de las Naciones Unidas. Asimismo para la preparación de la presente Recomendación general, ha colaborado con un gran número de organizaciones no gubernamentales con especial experiencia en cuestiones relacionadas con la salud de la mujer.
4. El Comité señala el hincapié que se hace en otros instrumentos de las Naciones Unidas en el derecho a gozar de salud y de condiciones que permitan lograr una buena salud. Entre esos instrumentos cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
5. El Comité se remite asimismo a sus anteriores recomendaciones generales sobre la circuncisión femenina, el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), las mujeres discapacitadas, la violencia y la igualdad en las relaciones fa-

miliares; todas ellas se refieren a cuestiones que representan condiciones indispensables para la plena aplicación del artículo 12 de la Convención.

6. Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental.
7. El Comité toma nota de que la plena realización del derecho de la mujer a la salud puede lograrse únicamente cuando los Estados Partes cumplen con su obligación de respetar, proteger y promover el derecho humano fundamental de la mujer al bienestar nutricional durante todo su ciclo vital mediante la ingestión de alimentos aptos para el consumo, nutritivos y adaptados a las condiciones locales. Para este fin, los Estados Partes deben tomar medidas para facilitar el acceso físico y económico a los recursos productivos, en especial en el caso de las mujeres de las regiones rurales, y garantizar de otra manera que se satisfagan las necesidades nutricionales especiales de todas las mujeres bajo su jurisdicción.

## **Artículo 12**

8. El artículo 12 dice lo siguiente:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

Se alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente Recomendación general, el término “mujer” abarca asimismo a la niña y a la adolescente. En la presente Recomendación general se expone el análisis efectuado por el Comité de los elementos fundamentales del artículo 12.

## **ELEMENTOS FUNDAMENTALES**

### **Artículo 12, párrafo 1**

9. Los Estados Partes son los que están en mejores condiciones de informar sobre las cuestiones de importancia crítica en materia de salud que afectan a las mujeres de cada país. Por lo tanto, a fin de que el Comité pueda evaluar si las medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica son apropiadas, los Estados Partes deben basar su legislación y sus planes y políticas en materia de salud de la mujer en datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro la salud y la nutrición de la mujer, así como la disponibilidad y eficacia en función del costo de las medidas preventivas y curativas. Los informes que se presentan al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer

en el país y tienen en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o a nivel de la comunidad, o las prácticas basadas en la religión, la tradición o la cultura.

10. Se alienta a los Estados Partes a que incluyan en los informes información sobre enfermedades o condiciones peligrosas para la salud que afectan a la mujer o a algunos grupos de mujeres de forma diferente que al hombre y sobre las posibles intervenciones a ese respecto.
11. Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.
12. Los Estados Partes deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:
  - a) Factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual;
  - b) Factores socioeconómicos que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, llevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad;
  - c) Entre los factores psicosociales que son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia;
  - d) La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.
13. El deber de los Estados Partes de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. También deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo consti-

tuirá una violación del artículo 12.

14. La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada<sup>a</sup> o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones.
15. La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:
  - a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados;
  - b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;
  - c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes;
  - d) La promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíben la mutilación genital de la mujer y el matrimonio precoz.
16. Los Estados Partes deben velar por que las mujeres en circunstancias especialmente difíciles, como las que se encuentren en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud, incluidos el tratamiento de los traumas y la orientación pertinente.
17. El deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica. Los estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer. El Comité pide a los Estados Partes que informen sobre las medidas que han adoptado para abordar en toda su magnitud el problema de la mala salud de la mujer, particularmente cuando dimana de enfermedades que pueden prevenirse, como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Preocupa al Comité el hecho de que cada vez se

da más el caso de que los Estados renuncian a cumplir esas obligaciones, ya que transfieren a organismos privados funciones estatales en materia de salud. Los Estados Partes no pueden eximirse de su responsabilidad en esos ámbitos mediante una delegación o transferencia de esas facultades a organismos del sector privado. Por ello, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que hayan adoptado para organizar su administración y todas las estructuras de las que se sirven los poderes públicos para promover y proteger la salud de la mujer, así como sobre las medidas positivas que hayan adoptado para poner coto a las violaciones cometidas por terceros de los derechos de la mujer y sobre las medidas que hayan adoptado para asegurar la prestación de esos servicios.

18. Las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Las adolescentes y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual. Como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo. Prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Las mujeres que trabajan en la prostitución también son especialmente vulnerables a estas enfermedades. Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata, aun si no residen legalmente en el país. En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos性s a educación sobre salud sexual y genética por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.
19. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué criterios utilizan para determinar si la mujer tiene acceso a la atención médica, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, lo que permitirá determinar en qué medida cumplen con lo dispuesto en el artículo 12. Al utilizar esos criterios, los Estados Partes deben tener presente lo dispuesto en el artículo 1 de la Convención. Por ello, los informes deben incluir observaciones sobre las repercusiones que tengan para la mujer, por comparación con el hombre, las políticas, los procedimientos, las leyes y los protocolos en materia de atención médica.
20. Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles.
21. Los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios. Esos obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.
22. Además, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza

el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Los Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa.

23. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia\*.
24. El Comité está preocupado por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no sólo porque las mujeres a menudo viven más que los hombres y son más proclives que los hombres a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis y la demencia, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges ancianos. Por consiguiente, los Estados Partes deberían adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las minusvalías y discapacidades que trae consigo el envejecimiento.
25. Con frecuencia, las mujeres con discapacidad de todas las edades tienen dificultades para tener acceso físico a los servicios de salud. Las mujeres con deficiencias mentales son especialmente vulnerables, y en general se conoce poco la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales. Los Estados Partes deberían adoptar las medidas apropiadas para garantizar que los servicios de salud atiendan las necesidades de las mujeres con discapacidades y respeten su dignidad y sus derechos humanos.

## **Artículo 12, párrafo 2**

26. En sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo debe indicarse en qué proporción han disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.
27. En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

## **Otros artículos pertinentes de la Convención**

28. Se insta a los Estados Partes a que, cuando informen sobre las medidas adoptadas en cumplimiento del artículo 12, reconozcan su vinculación con otros artículos de la Convención relativos a la salud de la mujer. Entre esos otros artículos figuran el apartado b) del artículo 5, que

exige que los Estados Partes garanticen que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social; el artículo 10, en el que se exige que los Estados Partes aseguren las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación, los cuales permitirán que la mujer tenga un acceso más fácil a la atención médica, reduzcan la tasa de abandono femenino de los estudios, que frecuentemente obedece a embarazos prematuros; el apartado h) del párrafo 10, que exige que los Estados Partes faciliten a mujeres y niñas acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia; el artículo 11, que se ocupa en parte de la protección de la salud y la seguridad de la mujer en las condiciones de trabajo, lo que incluye la salvaguardia de la función de reproducción, la protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajo que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella y la implantación de la licencia de maternidad; el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14, que exige que los Estados Partes aseguren a la mujer de las zonas rurales el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; y el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14, que obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizar condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones, sectores todos ellos primordiales para prevenir las enfermedades y fomentar una buena atención médica; y el apartado e) del párrafo 1 del artículo 16, que exige que los Estados Partes aseguren que la mujer tenga los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos. Además, en el párrafo 2 del artículo 16 se prohíben los espousales y el matrimonio de niños, lo que tiene importancia para impedir el daño físico y emocional que causan a la mujer los partos a edad temprana.

### **Recomendaciones para la adopción de medidas por parte de los gobiernos**

29. Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica.
30. Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud.
31. Los Estados Partes también deberían, en particular:
  - a) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer;
  - b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la preventi-

ción y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA);

- c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos;
- d) Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención;
- e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;
- f) Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.



D E R E C H O





Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2004/49  
16 de febrero de 2004

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
60º período de sesiones  
Tema 10 del programa provisional

## LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

EL DERECHO DE TODA PERSONA  
AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL  
POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt\*

\*Este informe se presentó con retraso para incluir en él información más reciente.

## **RESUMEN**

En el presente informe se describen concisamente algunas de las actividades realizadas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, con posterioridad a su primer informe provisional a la Asamblea General

En la sección I el Relator Especial considera la salud sexual y reproductiva en el contexto del derecho a la salud; este texto es la contribución del Relator al décimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994). Por lo menos tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio están directamente relacionados con la salud sexual y reproductiva. El Relator Especial opina que el derecho a la salud sexual y reproductiva tiene un papel indispensable que desempeñar en el combate contra la intolerancia, la desigualdad de género, el VIH/SIDA y la pobreza, y recomienda que se preste mayor atención a una comprensión adecuada de la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la salud sexual y los derechos sexuales.

En la sección II el Relator Especial estudia la relación existente entre el derecho a la salud y la reducción de la pobreza. Aunque se usa como referencia la Estrategia para la Reducción de la Pobreza de Níger, gran parte del análisis se aplica también a otras estrategias de reducción de la pobreza. El Relator Especial sostiene que el derecho a la salud puede reforzar y mejorar las estrategias de reducción de la pobreza.

En la sección III figura una breve actualización de las actividades del Relator Especial respecto de las enfermedades descuidadas y el desequilibrio 10/90. De conformidad con la resolución 2003/28 de la Comisión, en la sección IV se ofrecen algunas breves observaciones sobre el derecho a la salud y la prevención de la violencia.

## Índice

### INTRODUCCIÓN

- I. LOS DERECHOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- II. LA POBREZA Y EL DERECHO A LA SALUD:  
LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE  
LA POBREZA EN EL NÍGER
- III. ENFERMEDADES DESCUIDADAS
- IV. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE  
LA VIOLENCIA
- V. CONCLUSIÓN

## **INTRODUCCIÓN**

1. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental presentó su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos en el 59º período de sesiones de ésta, celebrado en abril de 2003 (E/CN.4/2003/58). En el informe se describe el enfoque que el Relator Especial pretende dar a su mandato, incluidos los objetivos básicos, los temas principales y las iniciativas clave que deben perseguirse. En su resolución 2003/28, la Comisión de Derechos Humanos tomó nota con interés del informe preliminar del Relator Especial e invitó a éste a prestar especial atención a los vínculos existentes entre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, así como los que existen entre la realización de ese derecho y los aspectos de discriminación y estigmatización, pidiéndole que considerara en especial la determinación de las mejores prácticas para la operacionalización efectiva del derecho a la salud. La Comisión pidió además al Relator Especial que continuara con su análisis de los problemas relacionados con las enfermedades raras, incluidas las enfermedades muy raras, y la función de las evaluaciones de los efectos en la salud. Asimismo, le pidió que le presentara un informe anual y un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato.

### **Actividades recientes**

2. El Relator Especial presentó su primer informe provisional a la Asamblea General (A/58/427) en noviembre de 2003. En el informe se da cuenta de las actividades realizadas por el Relator Especial después de la presentación de su informe preliminar a la Comisión y se tratan algunas cuestiones que el Relator considera de particular interés. Se considera la cuestión de los indicadores del derecho a la salud que, a juicio del Relator Especial, pueden ayudar a los Estados y a otras instancias a determinar cuándo hacen falta ajustes normativos a escala nacional e internacional. Asimismo, el informe proporciona un panorama introductorio de algunas de las cuestiones conceptuales y de otras cuestiones que se derivan de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. El Relator Especial expone su preocupación por los obstáculos que subsistan al acceso a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y destaca la necesidad de hacer frente a las consecuencias para el derecho a la salud de las enfermedades descuidadas. En su resolución 2003/18, la Comisión de Derechos Humanos invitó a todos los relatores especiales cuyos mandatos tuvieran que ver con la realización de los derechos económicos, sociales y culturales a que dieran a conocer su opinión sobre la propuesta de un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En consecuencia, en el informe provisional del Relator Especial figuran algunas observaciones al respecto.
3. En octubre de 2003, por invitación de la Canadian Society for International Health (CSIH) y de Action Canada for Population and Development (ACPD), el Relator Especial asistió a la décima Conferencia Anual Canadiense sobre la Salud Internacional, en la que fue el orador principal con una intervención sobre "El derecho a la salud: nuevas oportunidades y desafíos". En el curso de su visita al Canadá, el Relator Especial celebró una serie de reuniones oficiales con funcionarios de Ottawa en el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, el Departamento de Justicia, el Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional, y Health Canada. Además, el Relator se entrevistó con varias organizaciones de la sociedad civil en Ottawa, participó en una mesa redonda con organizaciones no gubernamentales (ONG) sobre el derecho a la salud, y se reunió con representantes de las comunidades indígenas para examinar cuestiones relativas a la salud de los aborígenes y las políticas conexas a los niveles federal y provincial. El Relator Especial está sumamente agradecido a todos los que organi-

zaron esas reuniones o participaron en ellas y especialmente a CSIH y ACPD por su invitación inicial a visitar el Canadá.

4. Durante su estancia en los Estados Unidos de América para presentar su informe provisional a la Asamblea General, el Relator Especial aprovechó la oportunidad para entrevistarse con representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nueva York. Asimismo, se reunió con funcionarios que trabajan en el Proyecto del Milenio, así como con miembros del Grupo de Tareas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En una conferencia organizada por el Centro de Derechos Humanos y Justicia Social de la Universidad de Nueva York, el Relator Especial habló de los derechos humanos y de los objetivos de desarrollo del Milenio. El Relator Especial se desplazó a Washington D.C. para celebrar reuniones en el Banco Mundial con objeto de examinar diversas cuestiones relacionadas con la pobreza y la salud. Tanto en Nueva York como en Washington, el Relator Especial se entrevistó con miembros de varias ONG. En el informe del Secretario General sobre los derechos económicos, sociales y culturales (E/CN.4/2004/38, párrs. 11 y 15) se da cuenta de otras actividades del Relator Especial durante el período comprendido por el informe.

### **Comunicaciones individuales**

5. De conformidad con el párrafo 5 a) de la resolución 2002/31, el Relator Especial ha recibido información de ONG y de particulares sobre el derecho a la salud. Parte de esta información concernía a presuntas violaciones del derecho a la salud. Varias de estas denuncias se refieren a la falta de acceso de los detenidos o reclusos a la atención de la salud, bienes o servicios. En algunos casos, las autoridades estatales parecen haber negado el acceso a los servicios de atención de la salud a personas detenidas que necesitaban asistencia médica. También se ha recibido información sobre supuestas persecuciones de personal médico por razón de sus actividades profesionales; discriminaciones contra particulares o grupos por causa de su estado de salud, incluidas personas con VIH/SIDA; trato médico no consensual; trato abusivo de enfermos mentales y denegación de servicios sanitarios a trabajadores migrantes. El Relator Especial desea destacar que algunas de las denuncias señaladas a su atención parecen muy graves y verosímiles.
6. A la vista de los párrafos 5 a) d) de la resolución 2003/31, el Relator Especial ha reaccionado a algunas de las informaciones recibidas escribiendo a los gobiernos interesados, bien junto con otros titulares de mandatos de procedimientos especiales o bien por su cuenta, rogándoles que den a conocer sus observaciones sobre la denuncia, pidiendo aclaraciones, o recordándoles las obligaciones que les impone el derecho internacional en relación con el derecho a la salud y pidiéndoles información, cuando proceda, sobre las medidas adoptadas por las autoridades para remediar la situación. El Relator Especial agradece las respuestas que ha recibido de unos pocos gobiernos. Insta a todos los gobiernos a responder sin demora a sus comunicaciones y, en los casos pertinentes, ha tomado todas las medidas necesarias para remediar la situación que ha dado lugar a la violación del derecho a la salud.

## I. LOS DERECHOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, fue un acontecimiento memorable en el curso del cual los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para los individuos, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia representó la superación de los programas de planificación limitados estrictamente a la familia, situó a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción, y reconoció que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva. Este nuevo planteamiento se confirmó al año siguiente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing<sup>1</sup> .
8. En el contexto de su contribución al décimo aniversario de la CIPD, el Relator Especial dedica la presente sección de su informe a la salud sexual y reproductiva. Estas cuestiones se cuentan entre las más sensibles y controvertidas del derecho humanitario internacional, y también entre las más importantes. Su sensibilidad e importancia se han plasmado en los Objetivos de Desarrollo que se derivan de la Declaración del Milenio. Si bien por una parte los Objetivos no mencionan expresamente la salud sexual y reproductiva, por la otra, por lo menos tres de los ocho Objetivos -los relativos a la salud materna, la salud infantil y el VIH/SIDA están directamente relacionados con esta materia<sup>2</sup> . El Relator Especial insta a todos los agentes a que reconozcan explícitamente que las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva tienen un papel fundamental que desempeñar en la batalla mundial contra la pobreza.
9. Como confirmó la Comisión de Derechos Humanos en 2003, “la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”<sup>3</sup> . El presente informe estudia las consecuencias de esta proposición capital en base a las conclusiones de las conferencias mundiales, en particular la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y sus respectivos exámenes quinquenales, así como instrumentos internacionales de derechos humanos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño. En el examen que figura a continuación se tienen en cuenta también los principios fundamentales que inspiran los derechos humanos, como la no discriminación, la igualdad y la privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar del individuo.
10. Las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva no sólo son sensibles, controvertidas e importantes, sino que además son amplias y complejas. Aunque las observaciones que figuran a continuación no son exhaustivas, el Relator Especial espera que contribuyan a un entendimiento más completo de uno de los logros de la CIPD, a saber, el reconocimiento de que los derechos humanos tienen un papel indispensable que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva. El Relator espera también que los párrafos siguientes harán cobrar mayor conciencia del hecho de que la CIPD, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y el sistema de los derechos humanos de las Naciones Unidas constituyen normas y procesos complementarios entre sí.

1 Este nuevo enfoque se vio confirmado en las respectivas conferencias quinquenales de seguimiento.

2 Otros Objetivos del Milenio conciernen a los factores determinantes de la salud, como la pobreza extrema y la igualdad de género.

3 Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6.

## La magnitud del desafío<sup>4</sup>

11. La mala salud sexual y reproductiva representa casi el 20% de la carga global de la mala salud de las mujeres, y el 14% de los hombres. Se estima que en 2000, 529.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, la mayoría de las cuales podían evitarse; el 99% de las muertes maternas se registran en los países en desarrollo. En los Estados en transición y en los países en desarrollo más de 120 millones de parejas no utilizan ningún medio contraceptivo, aunque no quieran tener hijos o deseen espaciar los partos. Alrededor de 80 millones de mujeres sufren embarazos involuntarios todos los años; de ellas, unos 45 millones abortan. De estas mujeres que abortan, alrededor de 19 millones lo hacen en malas condiciones que son causa de 68.000 fallecimientos, o sea, el 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo<sup>5</sup>. Aparte de la mortalidad, el aborto en malas condiciones produce niveles elevados de morbilidad.
12. Cada año hay 340 millones de casos nuevos de infecciones bacteriales sexualmente transmitidas que en gran parte se prestan a tratamiento; muchas de estas infecciones no son tratadas. Todos los años se registran millones de infecciones virales, en gran parte incurables, entre ellas 5 millones de nuevas infecciones de VIH, de las cuales 600.000 son transmitidas de madres a hijos. Todos los días, 6.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad contraen la infección del VIH. En el África subsahariana y en el Asia meridional, alrededor del 65% de los jóvenes que viven con VIH/SIDA son de sexo femenino.
13. Como es natural, no todos los casos de mala salud sexual y reproductiva suponen una violación del derecho a la salud u otros derechos humanos. La mala salud constituye una violación de los derechos humanos cuando es causada, en su totalidad o en parte, por el hecho de que un responsable -típicamente un Estado- incumple su deber de respetar, proteger o cumplir una obligación relativa a los derechos humanos. Hay obstáculos que impiden el disfrute de la salud sexual y reproductiva a los individuos. Desde una perspectiva de los derechos humanos, cabe hacerse la siguiente pregunta fundamental: ¿Hacen los responsables de los derechos humanos todo lo que pueden por desmantelar estas barreras para la salud?
14. De los numerosos obstáculos a la salud sexual y reproductiva, muchos están interrelacionados y se encuentran profundamente arraigados. Estos obstáculos se presentan en diferentes niveles: los cuidados clínicos, el nivel de los sistemas sanitarios, y los factores determinantes de la salud<sup>6</sup>. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de la mujer. La modesta condición social de las jóvenes y las mujeres suele contribuir a su mala salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres sufren violencias durante el embarazo, que pueden provocar abortos y nacimientos prematuros, y el peso insuficiente de los recién nacidos. Algunas opiniones tradicionales en materia de sexualidad obstaculizan a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el suministro de información fiable, y tienen un efecto especialmente nocivo para los adolescentes<sup>7</sup>. La pobreza guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. Con demasiada frecuencia la mejora de los servicios públicos de salud beneficia sobre todo a los más ricos.

4 Por varios motivos, la mala salud sexual y reproductiva es un fenómeno gravemente subestimado, y por ello las estadísticas no captan plenamente su gravedad. No obstante, los datos dan algunas indicaciones sobre la magnitud del problema.

5 Un aborto en malas condiciones es un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado que llevan a cabo personas que carecen de los conocimientos necesarios, o bien que se realiza en un entorno carente de las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas.

6 Ejemplos de factores determinantes de la salud pueden verse en el documento E/CN.4/2003/58, p-rr. 23. En resumidos términos, son condiciones sociales, económicas y de otro tipo que influyen en el estado de la salud, como el acceso a un saneamiento adecuado, las condiciones en el lugar de trabajo y la educación.

7 Véase *Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*, FNUAP, 2003.

15. El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de los derechos humanos puede profundizar el análisis y contribuir a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que las normas jurídicas en materia de derechos humanos impongan a los responsables la obligación de hacer todo lo que puedan para desmantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen posibilidades de informar a personas vulnerables y comunidades desfavorecidas, y potenciar su capacidad. Antes de seguir examinando estas cuestiones en el contexto particular del derecho a la salud, conviene hacer algunas observaciones sobre los enfoques de la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer respecto de los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.

### **El Cairo: algunas definiciones fundamentales**

16. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (A/CONF.171/13, cap. I, sec. 1), aprobado por consenso, contiene algunos principios y definiciones innovadores en relación con la salud sexual y reproductiva, que siguen siendo sumamente pertinentes.
17. El capítulo II confirma 15 principios por los que se guiaron los participantes en El Cairo y “se siguen guiando”. El principio 1 da comienzo con la frase: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Según el principio 8: “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual”. El principio 3 6 Ejemplos de factores determinantes de la salud pueden verse en el documento E/CN.4/2003/58, párr. 23. En resumidos términos, son condiciones sociales, económicas y de otro tipo que influyen en el estado de la salud, como el acceso a un saneamiento adecuado, las condiciones en el lugar de trabajo y la educación confirma lo siguiente: “El derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales”. En otros varios principios se mencionan explícitamente los restantes derechos humanos. En resumidos términos, los principios ofrecen un marco de derechos humanos en el que insertar las leyes, políticas, programas y proyectos relativos a la salud sexual y reproductiva<sup>8</sup>.
18. El capítulo VII, que significativamente se titula “Derechos reproductivos y salud reproductiva”, es de importancia capital. Los párrafos 7.2 y 7.3 son largos, pero son tan importantes en el contexto precedente que es necesario reproducirlos in extenso:

“7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva

se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

7.3. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.<sup>9</sup>

19. El año siguiente, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer adoptó, también por consenso, las mismas disposiciones en la Plataforma de Acción de Beijing (A/CONF.177/20/Rev.1, cap. I, sec. 1)<sup>10</sup>. No obstante, en Beijing los participantes añadieron lo siguiente:

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.” (Párr. 96.)

20. El Relator Especial no desea analizar estas disposiciones en detalle, sino que se limitará a hacer tres observaciones inspiradas en los consensos de El Cairo y de Beijing:
  - a) En relación con la salud sexual y la salud reproductiva hay varios derechos humanos interrelacionados y complementarios, como los que se plasman en los párrafos 7.2 y 7.3 del Programa de Acción de la CIPD, a saber, “el derecho del hombre y la mujer a obtener información... y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables... de planificación de la familia de su elección”;
  - b) De estos derechos, el de mayor alcance es el derecho “a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”, que también se refleja en el principio 8;
  - c) Aunque existe evidentemente una estrecha relación entre la salud sexual y la salud reproductiva, la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones propias y diferentes del bienestar humano.
21. En la próxima sección, el Relator Especial examina la salud sexual y la salud reproductiva en el

9 En el párrafo 7.3 figuran otras indicaciones importantes que no se reproducen aquí por falta de espacio.

10 El texto de los párrafos 7.2 y 7.3 del Programa de Acción del CIPD se consigna en los párrafos 19 a 94 de la Plataforma de Beijing.

contexto del derecho a la salud y los consensos de El Cairo y de Beijing. Sin embargo, considerando la situación a los diez años de la celebración de la CIPD, al Relator Especial le preocupan ciertas limitaciones en relación con las definiciones adoptadas. Más adelante se consignan algunas observaciones conclusivas del Relator sobre estas cuestiones.

### **La evolución de las normas y las obligaciones**

22. En su informe preliminar el Relator Especial subrayó el alcance del derecho internacional a la salud por referencia a normas y conceptos existentes, como las libertades, los derechos, las obligaciones inmediatas y la asistencia y la cooperación internacionales (E/CN.4/2003/58, párrs. 22 a 36). En el presente informe el Relator empieza a aplicar estos criterios a la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto de las conferencias de El Cairo y Beijing y los respectivos exámenes quinquenales. Como hizo en su informe preliminar, el Relator Especial se basa en las concepciones pertinentes, de jurisprudencia y de política, que proporcionan los órganos derivados de los tratados sobre derechos humanos de las Naciones Unidas, a la luz de su experiencia en el examen de los informes de los Estados Partes durante muchos años<sup>11</sup>. El Relator Especial basa su examen, en el entendimiento de que la salud sexual y la salud reproductiva son “elementos integrantes” del derecho a la salud<sup>12</sup>.
23. Como era inevitable, en los siguientes párrafos hay algunas repeticiones. Por ejemplo, la discriminación aparece en la mayoría de las secciones y, además, se dedica una sección aparte a la vulnerabilidad, la discriminación y la estigmatización. En opinión del Relator Especial, esta división es adecuada, por la naturaleza amplia y arraigada de la discriminación multidimensional en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva<sup>13</sup>.

### **Libertades**

24. El derecho a la salud, incluidas la salud sexual y la reproductiva, comprende a la vez libertades, como la libertad de discriminación, y derechos.
25. En el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva, entre las libertades figura el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo. La violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado, los métodos de contracepción no consensuados (por ejemplo, la esterilización forzada y el aborto forzado), la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado, constituyen otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva, y son incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud.
26. Algunas prácticas culturales, como la mutilación/ablación genital de la mujer, entrañan un riesgo elevado de discapacidad y muerte. En los países donde se sigue esta práctica, los Estados deberían tomar medidas adecuadas y eficaces para erradicarla, así como otras prácticas dañinas, de conformidad con las obligaciones que les incumben en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño. El matrimonio precoz, que afecta de un modo desproporcionado a las jóvenes, se registra predominantemente en el Asia meridional y en el África subsahariana, donde más del 50% de las jóvenes de 18 años de edad están casadas. Entre otros problemas, el matrimonio precoz entraña peligros para la salud, como los resultantes del embarazo prematuro. En relación con la salud de los adolescentes, los Estados están obligados a fijar edades mínimas para el consentimiento sexual y el matrimonio<sup>14</sup>.

11 En particular, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, Comité de los Derechos del Niño, Observaciones generales Nos. 3 y 4, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14.

12 Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos.

13 Uno de los temas paralelos del Relator es el constituido por la discriminación y la estigmatización: véase el documento A/CN.4/2003/58, párr. 41.

14 Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, párrs. 9 y 19.

27. Hay que tener muy en cuenta que el derecho internacional a la salud, aunque debe realizarse gradualmente y está sujeto a limitaciones de recursos, impone varias obligaciones de efecto inmediato (*ibid.*, párr. 27). Entre estas obligaciones inmediatas figura el deber del Estado de respetar la libertad del individuo en lo tocante a controlar su salud y disponer de su cuerpo. Por ejemplo, una obligación inmediata del Estado es la de no practicar la esterilización forzosa ni aplicar prácticas discriminatorias. En otros términos, las libertades relativas a la salud sexual y reproductiva no deben estar sujetas a la realización gradual ni a la disponibilidad de recursos.

### Derechos

28. El derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud<sup>15</sup>. Por ejemplo, las mujeres deben gozar de igualdad de acceso, de hecho y de derecho, a la información sobre las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva.
29. Así pues, los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud reproductiva y materno-infantil, entre ellos los servicios adecuados para las mujeres embarazadas, que, cuando sea necesario, habrán de ser gratuitos<sup>16</sup>. Más en concreto, los Estados deberían mejorar una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el acceso a la planificación familiar, la atención prenatal y postnatal, los servicios obstétricos de emergencia y el acceso a la información. El Relator Especial insta a todos los responsables a que garanticen el acceso a servicios sanitarios tan esenciales como son los ensayos voluntarios, el asesoramiento y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, y los cánceres de mama y del sistema reproductivo, así como el tratamiento de la infertilidad.
30. Como se señalaba en el párrafo 11, los abortos en malas condiciones causan la muerte de unas 68.000 mujeres al año, lo que representa un atentado de proporciones gigantescas contra el derecho a la vida y a la salud<sup>17</sup>. Las mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento comprensivo, con indicación de los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. Aunque los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles<sup>18</sup>. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan.
31. Aunque los recursos escaseen, los Estados pueden mejorar considerablemente la salud sexual y reproductiva de sus poblaciones. Por ejemplo, en los últimos decenios Sri Lanka ha conseguido progresos importantes en la salud sexual y reproductiva de su población, mejorando la educación, promoviendo la alfabetización de la mujer y mejorando la calidad de los servicios de atención de la salud y haciéndolos más disponibles y accesibles<sup>19</sup>.

15 E/CN.4/2003/58, párr. 23. En lo relativo a los factores determinantes de la salud, véase la nota 6.

16 En relación con los servicios gratuitos y el embarazo, véase en particular Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 12.2.

17 El aborto en malas condiciones también da lugar a una elevada tasa de morbilidad.

18 Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, OMS, 2003.

19 Women's Health in South Asia, WHO Country Profile, Sri Lanka, disponible en <http://w3.whois.org/nhd/pdf/61-64.pdf>.

## Vulnerabilidad, discriminación y estigmatización

32. Las normas internacionales de los derechos humanos prohíben toda discriminación en el acceso a la atención de la salud y a sus factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud (*ibíd.*, párrs. 26 y 59 a 68).
33. No obstante, la discriminación y la estigmatización siguen representando una grave amenaza contra la salud sexual y reproductiva de muchos grupos, como las mujeres, las minorías sexuales, los refugiados, las personas con discapacidad, las comunidades rurales, las personas indígenas, las personas que viven con el VIH/SIDA, los trabajadores de la industria del sexo y las personas sometidas a detención. Algunas personas sufren discriminación por varias causas a la vez, como el género, la raza, la pobreza y el estado de salud (*ibíd.*, párr. 62).
34. La discriminación por razones de género limita la capacidad de la mujer de protegerse contra la infección del VIH y responder a sus consecuencias. La vulnerabilidad de mujeres y jóvenes al VIH y al SIDA se complica con otros problemas de los derechos humanos como son el acceso inadecuado a la información, la educación y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual; la violencia sexual; las prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas que afectan a la salud de mujeres y niños (como el matrimonio precoz y el matrimonio forzoso), y la falta de capacidad jurídica e igualdad en cuestiones tales como el matrimonio y el divorcio.
35. El estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA pueden reforzar otros prejuicios, discriminaciones y desigualdades relacionados con el género y la sexualidad. Ello puede hacer que las personas afectadas sean reacias a recurrir a los servicios sanitarios y sociales, la información, la educación y el asesoramiento, suponiendo que tales servicios existan. Esto, a su vez, contribuye a la vulnerabilidad de otros a la infección del VIH.
36. Los adolescentes y los jóvenes de menos de 25 años son especialmente vulnerables en lo tocante a la salud sexual y reproductiva. La adolescencia es un período caracterizado por la maduración sexual y reproductiva; sin embargo, en muchos países los adolescentes carecen de acceso a la información y los servicios esenciales y pertinentes en relación con la salud sexual y reproductiva. Hay una gran necesidad de estos servicios. Se calcula que un 16% de las nuevas infecciones de VIH se producen en personas de menos de 15 años de edad, y un 42% en personas de 15 a 24 años de edad. Cada año se comunican 100 millones de casos nuevos de infecciones sexualmente transmitidas entre adolescentes, que en gran parte pueden curarse.
37. En lo referente a la salud de los adolescentes, el Relator Especial recuerda el derecho de los niños a tener “acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”<sup>20</sup>; el respeto a su vida privada y la confidencialidad, incluso en relación con la información médica de los adolescentes<sup>21</sup>, y la protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación<sup>22</sup>. Asimismo, el Relator Especial recuerda los principios que inspiran la Convención sobre los Derechos del Niño, a saber, el derecho del niño a la supervivencia y el desarrollo, la protección de sus intereses y el desarrollo de su capacidad y el derecho a la

<sup>20</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, art. 17.

<sup>21</sup> *Ibid.*, art. 16 y Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 11.

<sup>22</sup> *Ibid.*, arts. 19, 32 a 36 y 38.

no discriminación, así como la importancia de que los adolescentes participen de un modo adecuado en la elaboración de las medidas destinadas a su protección<sup>23</sup>.

38. Como se ha señalado anteriormente, las normas jurídicas internacionales relativas a los derechos humanos excluyen por completo la discriminación por razones de orientación sexual. La prohibición legal de las relaciones entre personas de un mismo sexo vigente en muchos países, junto con la frecuente falta de apoyo o protección de las minorías sexuales contra la violencia y la discriminación, obstaculiza el disfrute de la salud sexual y reproductiva de muchas personas de identidades o conductas lesbianas, invertidas, bisexuales o transexuales<sup>24</sup>. Además, el Relator Especial recuerda que la Comisión de Derechos Humanos, en el caso Toonen c. Australia, observó que: “la penalización de las prácticas homosexuales iría en contra de la ejecución de programas de educación eficaces en materia de prevención de la infección por el VIH y del SIDA”<sup>25</sup>.
39. En el contexto del obligatorio combate contra la discriminación, los Estados tienen el deber de garantizar el suministro de información y servicios sanitarios a los grupos vulnerables. Por ejemplo, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que las mujeres puedan tomar decisiones por su cuenta en relación con su salud sexual y reproductiva, sin coacción, violencia o discriminación alguna. Los Estados deben tomar medidas para reparar la violencia de género y garantizar la disponibilidad de servicios sensibles y compasivos para los supervivientes de las violencias de género, entre ellas la violación y el incesto. Los Estados deben asegurarse de que los adolescentes están en condiciones de recibir información, entre otras cosas acerca de la planificación familiar y los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz y la prevención de infecciones venéreas, como el VIH/SIDA, y servicios adecuados para la salud sexual y reproductiva. Conforme a las decisiones del caso Toonen c. Australia y a otras muchas decisiones internacionales y nacionales, los Estados deben garantizar la disponibilidad de servicios sexuales y otros servicios sanitarios para hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres, lesbianas y personas transexuales y bisexuales. Es igualmente importante garantizar la existencia de servicios de asesoramiento voluntario, ensayos y tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas para los trabajadores de la industria del sexo.
40. Por último, en el contexto de la salud sexual y reproductiva puede suceder que se incumpla el deber médico de confidencialidad. A veces estos incumplimientos, si van acompañados de la estigmatización, dan lugar a pérdidas inmotivadas de empleo, expulsión de familias y comunidades, agresiones físicas y otros abusos. Además, la no confidencialidad puede disuadir a las personas de buscar asesoramiento y tratamiento, con el consiguiente perjuicio para su salud y su bienestar. Así pues, los Estados están obligados a tomar medidas eficaces para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los servicios médicos.

### **Disponible, accesible, aceptable y de buena calidad**

41. Los marcos o instrumentos analíticos pueden facilitar una comprensión más profunda de los derechos económicos, sociales o culturales, incluido el derecho a la salud (*ibid.*, párrs. 33 a 36). Un marco especialmente útil para la adopción de políticas es el constituido por la condición de que los servicios, bienes e instalaciones sanitarios, incluidos los factores determinantes

23 Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 2, 3, 5, 6 y 12. Véase también Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 12.

24 Otros relatores especiales han documentado la violencia y la discriminación por causa de la orientación sexual. Véase, por ejemplo, el informe de la Sra. Asma Jahangir, Relatora Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, arbitrarias o sumarias (E/CN.4/2001/9), párrs. 48 a 50 y el informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura (A/56/156), párrs. 17 a 25.

25 Toonen c. Australia, 4 de abril de 1994 (CCPR/C/50/D/488/1992), párr. 8.5.

de la salud, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Este marco analítico engloba a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones para la salud sexual y reproductiva han de estar disponibles en número suficiente dentro de la jurisdicción de un Estado, han de ser accesibles geográfica y económicamente (o sea, ser económicos) y no ser discriminatorios; además, estos servicios han de ser culturalmente aceptables, por ejemplo, para las minorías y los pueblos indígenas, sensibles a las necesidades de género y del ciclo vital, y respetuosos de la confidencialidad. Asimismo, han de ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad.

42. Cuando se aplica este marco a la salud sexual y reproductiva, se ve claramente que los elementos clave de disponibilidad, acceso, etc., suelen estar ausentes. Por ejemplo, en muchos países la información sobre la salud sexual y reproductiva no está fácilmente disponible ni es accesible a todos, en particular las mujeres y los adolescentes. Con frecuencia los servicios de salud sexual y reproductiva son geográficamente inaccesibles para las comunidades que viven en zonas rurales. En ocasiones estos servicios no se proporcionan en una forma culturalmente aceptable para las poblaciones indígenas y otros grupos no dominantes. Por último, los servicios y los factores determinantes que son pertinentes para la salud, como la educación, suelen ser de calidad inferior.

### **Respetar, proteger y cumplir**

43. Otro marco analítico útil es el que viene dado por las obligaciones específicas que impone el derecho internacional a los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud (*ibid.*, pár. 35). Si el marco descrito en los párrafos precedentes (disponibilidad, etc.) es especialmente útil para la adopción de políticas, el marco basado en el respeto, la protección y el cumplimiento también lo es como medio de afilar el análisis jurídico del derecho a la salud, incluidas la sexual y la reproductiva.
44. Por obligación de respetar se entiende que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso en pie de igualdad de todas las personas a los servicios de la salud sexual y reproductiva, así como a los factores determinantes de dicha salud. Por ejemplo, los Estados no deben negar el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos. La obligación de proteger significa que los Estados deben tomar medidas para impedir que terceros pongan en peligro la salud sexual y reproductiva de otros, mediante, entre otras cosas, la violencia sexual y las prácticas culturales nocivas. Países como Burkina Faso, Ghana, Senegal y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte han promulgado leyes que prohíben expresamente la ablación de los genitales femeninos. La obligación de cumplimiento exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en sus sistemas políticos y jurídicos nacionales. Las administraciones sanitarias deben prever servicios de salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los habitantes de las zonas rurales, y los Estados deben lanzar campañas de información, por ejemplo, contra el VIH/SIDA, las prácticas tradicionales nocivas y la violencia doméstica.

### **Asistencia y cooperación internacionales**

45. Además de las obligaciones en el plano interno, los Estados desarrollados tienen la responsabilidad de proporcionar asistencia y cooperación internacionales para garantizar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en los países de bajos ingresos. Esta responsabilidad se infiere de las deliberaciones de recientes conferencias mundiales, como la Cumbre del Milenio, así como de las normas jurídicas internacionales de los derechos humanos<sup>26</sup>.

46. Así pues, los Estados deben respetar el derecho a la salud en otros países, y hacer de modo que en su actividad como miembros de las organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud y en particular la prestación de ayuda a otros Estados para que alcancen los niveles esenciales mínimos de salud. La comunidad de donantes proporciona fondos importantes para la atención de la salud sexual y reproductiva en muchos países de bajos ingresos. El Relator Especial insta a los países que suministran asistencia a que en sus políticas y programas adopten un enfoque basado en los derechos. Por ejemplo, los fondos que proporcionan deberían destinarse a promover el acceso a una amplia variedad de servicios que son necesarios para el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios y la información para reducir la incidencia de los abortos en malas condiciones.
47. Cada vez más, donantes bilaterales y multilaterales proporcionan su apoyo a los presupuestos de la salud, en vez de a determinados proyectos. En general, el Relator Especial ve favorablemente este planteamiento sectorial. Sin embargo, es de la máxima importancia que el enfoque sectorial no margina a la salud sexual y reproductiva. Algunas cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva suscitan sensibilidades que podrían crear un riesgo elevado de marginación. Por este motivo, el Relator Especial insta a todos los agentes a que, haciendo abstracción de los aspectos sensibles, reconozcan explícitamente la función indispensable de la salud sexual y reproductiva en la lucha contra la pobreza. Este reconocimiento explícito es importante porque lo que no se menciona puede muy bien quedarse sin ayuda.

### **Conclusión**

48. El derecho a la salud exige que las políticas, programas y proyectos sanitarios sean de carácter participativo. La participación activa e informada de todos los interesados puede ampliar el consenso y fomentar un sentido de identificación, promover la colaboración y aumentar las posibilidades de éxito. Como la salud sexual, y la reproductiva, forman parte integrante del derecho a la salud, de ello se sigue que todas las iniciativas para su promoción y protección deben formularse, aplicarse y supervisarse con un criterio participativo.
49. El derecho a la salud conlleva la responsabilización. Sin un mecanismo de responsabilización no es probable que las obligaciones derivadas de ese derecho se respeten plenamente, y lo propio puede decirse de los elementos integrantes de la salud sexual y reproductiva. Así pues, en todas las iniciativas de promoción y protección de la salud sexual y reproductiva deben preverse mecanismos eficaces, accesibles y transparentes de responsabilización de todos los agentes.

## **OBSERVACIONES FINALES: A LOS DIEZ AÑOS DE LA CONFERENCIA DE EL CAIRO**

50. En la sección precedente el Relator Especial consideró la salud sexual y reproductiva a la luz del derecho a la salud y los consensos de El Cairo y Beijing. Como observa el Relator, la Conferencia de El Cairo fue un acontecimiento memorable, en el que se consiguieron logros notables. Sin embargo, transcurridos diez años ha llegado el momento de hacer una evaluación crítica de la CIPD, para lo cual el Relator Especial formula las siguientes observaciones<sup>27</sup>.
51. En primer lugar, las dos Conferencias confirmaron que:

---

<sup>27</sup> *Como es natural, estas observaciones son aplicables a unas pocas de las muchas cuestiones que se tratan en la CIPD.*

- a) Numerosos derechos humanos tienen una influencia directa en la salud sexual y reproductiva<sup>28</sup>;
  - b) Existen “derechos reproductivos”<sup>29</sup>;
  - c) Existe un “derecho a alcanzar el máximo nivel de la salud sexual y reproductiva”<sup>30</sup>;
  - d) La salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones del bienestar humano íntimamente relacionadas, pero distintas<sup>31</sup>.
52. En segundo lugar, aunque en las dos Conferencias se reconoció que la salud sexual era distinta de la salud reproductiva, no se reconoció de un modo explícito e inequívoco que los derechos sexuales fueran diferentes de los derechos reproductivos<sup>32</sup>.
53. En tercer lugar, las dos Conferencias proporcionaron una breve definición de la salud sexual, a saber: “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”<sup>33</sup>. En su definición más completa, la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades; la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales agradables y seguras, exentas de coacción, discriminación y violencia.
54. En cuarto lugar, la sexualidad es una característica que comparten todos los seres humanos. Es un aspecto fundamental de la dignidad del individuo y ayuda a definir a la persona. El Relator Especial toma nota de los principios rectores que han inspirado la normativa internacional de los derechos humanos desde 1945, como la privacidad, la igualdad y la integridad, autonomía, dignidad y bienestar del individuo. El Relator Especial toma nota también de las afirmaciones del párrafo 51 supra, todas las cuales han sido ampliamente aceptadas por la comunidad internacional. En estas circunstancias, al Relator Especial no le cabe duda de que una comprensión correcta de los principios fundamentales de los derechos humanos, así como de las normas existentes en esta materia, conduce inevitablemente al reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos. Entre los derechos sexuales figura el derecho de toda persona a expresar su orientación sexual, teniendo debidamente en cuenta el bienestar y los derechos de los otros, sin temor a persecuciones, privación de libertad o injerencia social.
55. En quinto lugar, el Relator Especial recomienda que se preste mayor atención a la mejora de la comprensión de la salud sexual y los derechos sexuales, así como de la salud reproductiva y los derechos reproductivos<sup>34</sup>. Hay que prestar más atención al contenido de los derechos sexuales, al derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, y a las relaciones entre ellos. Como muchas expresiones de la sexualidad no son reproductivas, es erróneo subsumir los derechos sexuales, incluido el derecho a la salud sexual, en los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Dada la naturaleza de su mandato, al Relator Especial le interesan en par-

28 Programa de Acción de El Cairo, CIPD 7.3.

29 *Ibid.*, cap. VII.

30 *Ibid.*, pár. 7.3.

31 *Ibid.*, pár. 7.2.

32 Aunque debe tenerse en cuenta el párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing.

33 Programa de Acción de El Cairo, pár. 7.2, Plataforma de Acción de Beijing, pár. 94.

34 Cada vez hay más trabajos académicos dedicados a esta cuestión. Una excelente primera lectura es el trabajo de Rebecca Cook, Bernard Dickens y Mahmoud Fathalla, *Reproductive Rights and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Clarendon Press, 2003. Respecto de los derechos sexuales, véase Alice Miller, “Sexual but not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights”, *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 4, N° 2, págs. 60 a 109.

ticular los derechos a la salud sexual y reproductiva, y de ahí el título de esta sección del informe. Sin embargo, estos derechos deben entenderse en el contexto más amplio de los derechos humanos, que incluyen los derechos sexuales.

56. Por último, considerados en conjunto los derechos a la salud sexual y reproductiva tienen una función indispensable que desempeñar en la lucha contra la intolerancia, la desigualdad de género, el VIH/SIDA y la pobreza mundial.

## II. LA POBREZA Y EL DERECHO A LA SALUD: LA ESTRATEGIA

### PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN EL NÍGER

57. En su informe preliminar a la Comisión, el Relator Especial señala en particular algunos proyectos que desea emprender, entre ellos un examen de las estrategias de reducción de la pobreza desde el punto de vista del derecho a la salud. El informe insiste en que el Relator sólo emprenderá estos proyectos en la medida en que lo permitan "los recursos y las oportunidades". En su resolución 2003/28, la Comisión invitó al Relator Especial a prestar "especial atención a los vínculos existentes entre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".
58. En 2002 el Gobierno del Níger preparó su Estrategia global para la reducción de la pobreza (ERP), en el contexto de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados<sup>35</sup>. En junio de 2003 el Gobierno organizó un Foro en Niamey para promover el apoyo externo a su ERP. A esta reunión, que según ha sido informado el Relator Especial estuvo bien organizada y fue un éxito, asistieron representantes del ACNUDH. El Gobierno del Níger reconoce -y ello le honra- que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en su lucha contra la pobreza, opinión ésta que fue confirmada expresamente por el Primer Ministro en su discurso de apertura del Foro.
59. El Relator Especial aprovechó la oportunidad que le ofrecía el Foro para preparar algunas observaciones preliminares, desde el punto de vista del derecho a la salud, sobre algunos aspectos de la ERP del Níger relacionados con la salud. Estas breves observaciones se distribuyeron a los participantes con carácter oficial. El Relator Especial cree que sus observaciones fueron bien recibidas por los participantes, incluidos los representantes del Gobierno.
60. Como quiera que la Comisión ha invitado a examinar estas cuestiones, el Relator Especial desea hacer algunas observaciones acerca de las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, centradas en la Estrategia del Níger y en los comentarios que se distribuyeron en el Foro<sup>36</sup>. Las observaciones no son de carácter general sino ilustrativo; además, se basan en un examen exclusivamente teórico de la Estrategia: el Relator Especial no ha visitado el Níger ni ha discutido la ERP con profesionales de la salud que conozcan bien este país. No

35 *Gobierno del Niger: Full Poverty Reduction Strategy, Niamey, enero de 2002, disponible en línea: [http://poverty.worldbank.org/files/9355\\_NigerPRSP.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/9355_NigerPRSP.pdf).*

36 *El Gobierno del Niger ha aceptado que el Relator Especial haga uso en este informe de las observaciones que formuló en el Foro de junio de 2003. El Relator Especial está muy agradecido al Gobierno por su amabilidad y desea insistir en que asume la responsabilidad exclusiva de estas observaciones, que reflejan sus opiniones en calidad de experto independiente.*

obstante, el Relator piensa que es posible sostener un debate más constructivo sobre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, de conformidad con la resolución 2003/28, si se selecciona para ello una estrategia en particular.

61. A juicio del Relator Especial, la ERP del Níger es una de las mejores del África francófona. Tiene numerosas características que, en el contexto de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular, son dignas de elogio, como por ejemplo las siguientes:
  - a) Un objetivo de la Estrategia es “mejorar el nivel general de la... salud de la población, ampliar el acceso de las comunidades, en particular las rurales, al agua potable... y mejorar la calidad de la vida de las poblaciones tanto urbanas como rurales” (3.1); esto denota, entre otras cosas, que el derecho a la salud va más allá de la atención sanitaria y abarca los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua potable;
  - b) La intención del Gobierno de emprender un proceso de planificación estratégica en relación con el VIH/SIDA como primer paso hacia la aplicación de un plan estratégico nacional (4.2.3.3.2); así se tiene en cuenta una de las cuestiones contemporáneas más importantes en relación con el derecho a la salud: la pandemia del VIH/SIDA;
  - c) El objetivo de aumentar la disponibilidad de los medicamentos esenciales (5.3.2.1.1) y garantizar la disponibilidad de medicinas esenciales de alta calidad a precios asequibles (3.3.3.2.viii)); esto hace ver, entre otras cosas, que el acceso a los medicamentos esenciales es parte integrante del derecho a la salud.
62. Estas características reflejan las obligaciones internacionales del Níger en relación con el derecho a la salud, y a este respecto conviene hacer dos observaciones. En primer lugar, una referencia explícita en la ERP a estas obligaciones fortalecería varios de los objetivos de la Estrategia. En segundo lugar, el conjunto cada vez más nutrido de leyes y prácticas internacionales en relación con los derechos humanos puede facilitar la determinación de las intervenciones específicas (por ejemplo, políticas y programas) que son necesarias para alcanzar varios objetivos de la ERP.
63. A continuación se exponen otros cinco casos ilustrativos derivados de la ERP del Níger, que son merecedores de mayor atención desde la perspectiva del derecho a la salud.

### **Grupos vulnerables**

64. Los derechos humanos -y el derecho a la salud- son especialmente aplicables a las personas desfavorecidas, marginadas y que viven en la pobreza. Este hecho se refleja en numerosas disposiciones de los derechos humanos, como las relativas a la no discriminación y a la igualdad de trato. La experiencia indica que las intervenciones generales destinadas a toda la población -o incluso las destinadas a las personas que viven en la pobreza- no siempre benefician a los más vulnerables y marginados. Si bien cabe felicitar al Níger por haber individualizado, en su ERP a algunos grupos vulnerables como las mujeres y los niños, no parece que la Estrategia reconozca y aborde las cuestiones relativas al acceso a la salud de todos los grupos marginados, como los diferentes grupos étnicos o raciales del país. Así pues, convendría prestar mayor atención al derecho a la salud de todos los grupos vulnerables, incluidos los diferentes grupos étnicos o raciales como las poblaciones nómadas. Probablemente serán menester intervenciones sanitarias especiales para determinados grupos vulnerables.

### **Medicamentos esenciales asequibles**

65. El derecho a la salud impone al Estado la obligación de facilitar la disponibilidad y la accesibilidad de los medicamentos esenciales dentro de su jurisdicción. El problema de la accesibilidad

posee varias dimensiones, entre ellas la económica. Como es evidente, de poco valdrá que un Estado garantice la disponibilidad de un medicamento esencial en su jurisdicción si el medicamento es tan costoso que sólo se lo pueden permitir los ricos.

66. Según la ERP del Níger: "los medicamentos esenciales y las vacunas estarán regularmente disponibles y accesibles en los centros sanitarios, gracias a la nueva política de precios de los medicamentos basada en el análisis de los costos y la capacidad de los pobres de pagar los servicios de atención de la salud. Al propio tiempo, se establecerá un sistema sostenible de recuperación de los costos... En cuanto a la recuperación de los costos, se aplicará una nueva política de precios precedida de un análisis de la capacidad efectiva y la voluntad de los consumidores de los servicios sanitarios de pagar por dichos servicios. Después de efectuado un estudio de viabilidad, se aplicará un sistema de seguros médicos con carácter experimental" (5.3.2.1.2).
67. De esta cita se desprenden varias cuestiones fundamentales para el derecho a la salud. La referencia a un "estudio de viabilidad" es de celebrar; este estudio debería incluir una evaluación del impacto probable de un nuevo plan en el disfrute del derecho a la salud de las personas que viven en la pobreza. No está claro si los usuarios deberán pagar algo y, de ser así, si las personas que viven en la pobreza estarán exentas de ese pago o recibirán otra asistencia para poder beneficiarse de los medicamentos esenciales. A medida que se aplica la Estrategia, estas cuestiones deberán ser objeto de una atención especial.

### **Educación e información en materia de salud pública**

68. El derecho a la salud incluye el acceso a la educación y la información a este respecto. Desde el punto de vista del derecho a la salud, una política sanitaria favorable a los pobres deberían incluir campañas de educación e información respecto de los principales problemas sanitarios de las comunidades locales, con inclusión de métodos de prevención y control. Cuando se reconsidere la ERP, este elemento del derecho a la salud deberá examinarse con la debida atención.

### **Asistencia y cooperación internacionales**

69. En sus anteriores informes el Relator Especial hacía observaciones sobre el concepto de asistencia y cooperación internacionales en relación con los derechos humanos, que se remonta a la Declaración Universal de Derechos Humanos, pasa por los tratados vinculantes sobre derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales o Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, y se recoge en las conclusiones de las recientes conferencias mundiales, como la Declaración del Milenio<sup>37</sup>.
70. La asistencia y cooperación internacionales como concepto de derechos humanos son pertinentes para el problema sanitario con que se enfrenta el Níger, de proporciones gigantescas. La Estrategia reconoce la "alarmante situación sanitaria (del Níger), con una población en su mayor parte analfabeta, un entorno en constante proceso de deterioro y una economía empobrecida" (4.2.3.3.3). Se observa que el Níger "ha dado al sector privado todas las oportunidades posibles de desempeñar el papel principal, sobre todo en los sectores de la producción y el comercio. Por desgracia, el sector todavía no es lo suficientemente dinámico para asumir estas funciones" (4.1.3.4). La ERP observa, significativamente, que dos de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud -reducción de la mortalidad materna en un 75% y reducción de la mortalidad infantil en un 66%- "parecen poco realistas para el Níger" (3.3.3.2). En otros

<sup>37</sup> Documentos E/CN.4/2003/58, párr. 28 y A/58/427, párrs. 32 a 36.

términos, de la Estrategia se desprende claramente que en un futuro previsible el Níger no podrá alcanzar ni siquiera los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud, si no recibe una asistencia y cooperación internacionales muy considerables y sostenidas. En 2002, la evaluación común del personal del FMI y el Banco Mundial se declaraba a favor de la ERP, llegando a la conclusión de que: "los déficit actuales de la capacidad de ejecución harán necesario que los asociados externos aceleren su asistencia técnica de conformidad con las prioridades de la Estrategia" (párr. 34).

71. Como es natural, esto no descarga al Gobierno del Níger de la responsabilidad de hacer todo lo posible para poner el derecho a la salud al alcance de todos sus ciudadanos. Es evidente que el Gobierno podría hacer más en pro del derecho a la salud. Por ejemplo, entre 1994 y 2000 la salud representó sólo el 6% del presupuesto nacional, porcentaje muy inferior al recomendado por la OMS, del 10% (1.2.2.3.5). No obstante, lo importante es que, como se refleja en las normas legislativas internacionales de los derechos humanos y en la Declaración del Milenio, tanto el Gobierno como sus asociados bilaterales y multilaterales tienen responsabilidades en relación con el derecho a la salud en el Níger.
72. Como dice la ERP: "Los asociados en el desarrollo comparten una responsabilidad igual con las autoridades del Níger en el logro de los ambiciosos objetivos fijados en la Declaración del Milenio" (4.1.3.5). En estas circunstancias, parecería adecuado que la ERP del Níger se refiriese no sólo a la Declaración del Milenio sino también a la asistencia y cooperación internacionales como concepto de derechos humanos. Es sobre la base de este marco normativo como podrá articularse un enfoque sectorial realista, equilibrado y equitativo de la salud en el Níger.

### **Seguimiento y responsabilización**

73. El derecho a la salud introduce normas mundialmente legitimadas que dan lugar a obligaciones o responsabilidades. Es necesario vigilar el cumplimiento de estas obligaciones, y pedir cuentas a los responsables. Sin un proceso de seguimiento y responsabilización, es probable que las normas y obligaciones no pasen de ser promesas vacías. Los mecanismos de responsabilización ofrecen a los derechohabientes (o sea, los individuos) un medio de conocer si los responsables han cumplido sus obligaciones, y a estos últimos (por ejemplo, los ministros y los funcionarios) la oportunidad de explicar su conducta. De este modo, mediante los mecanismos de responsabilización se puede saber qué ajustes de política hacen falta, y cuándo hacen falta. La responsabilización tiende a promover un uso más eficaz de los limitados recursos, así como un sentido de responsabilidad compartida por todas las partes. Unos mecanismos transparentes, efectivos y accesibles de responsabilización son una de las características más importantes de un enfoque de la reducción de la pobreza basado en los derechos humanos y en el derecho a la salud.
74. La ERP reconoce ingenuamente que sus mecanismos de seguimiento y evaluación deben reforzarse (página 11 y párrafo 6.1). Lo que es más importante, los mecanismos de seguimiento y responsabilización son necesarios en relación con los agentes tanto nacionales (como el gobierno) como internacionales (por ejemplo, los asociados bilaterales y multilaterales). Además, estos mecanismos deberían articularse con la participación activa de los interesados, incluidas las personas que viven en la pobreza, a fin de contribuir a que sean accesibles, transparentes y eficaces.

### **Conclusión**

75. El Relator Especial piensa que estas observaciones no sólo son pertinentes para el Níger. Como el debate ha tendido a confirmar, un enfoque de la reducción de la pobreza basado

en el derecho a la salud no es algo estrictamente nuevo, sino más bien un factor que probablemente reforzará y mejorará los elementos existentes en muchas estrategias contra la pobreza. En opinión del Relator Especial, la integración del derecho a la salud en las estrategias de reducción de la pobreza es una de las cuestiones más importantes contempladas por su mandato. La contribución general de los derechos humanos a la reducción de la pobreza -igualdad, no discriminación, participación, responsabilidad, etc.- está bastante clara<sup>38</sup>. Ahora lo más urgente es aclarar, partiendo de pruebas fiables, la contribución específica del derecho a la salud a la reducción de la pobreza. El Relator Especial sigue dispuesto a contribuir a esta excitante tarea, en la medida en que lo permitan sus recursos y oportunidades.

### III. ENFERMEDADES DESCUIDADAS

76. Según una reciente publicación de la OMS, las enfermedades descuidadas son aquellas que “afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos”<sup>39</sup>: entre ellas figuran la enfermedad de Chagas, la enfermedad del sueño y la oncocercosis (ceguera de los ríos). En su informe preliminar, el Relator Especial sosténía que “las enfermedades descuidadas, las enfermedades muy descuidadas y el desequilibrio 10/90 son cuestiones de derechos humanos”<sup>40</sup>. Más tarde, la Comisión pidió al Relator que siguiera analizando estas enfermedades. En su informe a la Asamblea General, el Relator Especial explicó que había empezado a examinar esta cuestión (A/58/427, párrs. 76 a 80). La resolución subsiguiente de la Asamblea sobre el derecho a la salud contiene un párrafo relativo a las “enfermedades que imponen una pesada carga a los países en desarrollo”<sup>41</sup>. En el presente informe el Relator Especial no va a repetir lo dicho en anteriores informes, pero sí desea poner al corriente a la Comisión de dos novedades relativas a su labor y a las enfermedades descuidadas, y formular otra observación.
77. En primer lugar, en diciembre de 2003 el Relator Especial fue invitado a participar en un taller internacional sobre el control intensificado de enfermedades descuidadas, convocado por la OMS, el Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social de Alemania (con el Instituto Robert Koch de Berlín), el Organismo Alemán de Cooperación Técnica y el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en Materia de Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/OMS. Participaron en la reunión diversos agentes, entre ellos Estados desarrollados y en desarrollo, organizaciones internacionales, empresas farmacéuticas, representantes del mundo académico y ONG. El Relator Especial presentó un documento que contenía algunas reflexiones breves de carácter preliminar sobre la relación entre las enfermedades descuidadas y el derecho a la salud y los derechos humanos<sup>42</sup>. El Relator consideró que la reunión había sido muy fructífera y dijo que la reacción a sus reflexiones preliminares había sido alegadora; además, expresó su agradocimiento a los organizadores por haberle permitido participar en esta manifestación.

38 Véase, por ejemplo, *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, redactadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en septiembre de 2002, a petición del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

39 OMS, *Global Defense against the Infectious Disease Threat*, 2002, pág. 96.

40 E/CN.4/2003/58, pár. 81. El desequilibrio 10/90 se refiere al hecho de que sólo alrededor del 10% de las actividades de investigación y desarrollo se ocupan de los problemas sanitarios del 90% de la población mundial.

41 Resolución 58/173 de la Asamblea General, pár. 13.

42 Este documento, titulado *Neglected Diseases, Social Justice and Human Rights: Some Preliminary Observations*, puede consultarse en línea en: <http://www.who.int/hhr/news/en>.

78. En segundo lugar, en su informe a la Asamblea General el Relator Especial señalaba que iba a celebrar una reunión con el TDR. Le satisface confirmar que recientemente el TDR ha convenido en proporcionarle un reducido apoyo financiero que le permitirá contar con los servicios de asistentes de investigación, durante algunas semanas, para estudiar las enfermedades descuidadas en su relación con los derechos humanos. Esto le permitirá profundizar su análisis de las enfermedades descuidadas desde el punto de vista de los derechos humanos e informar al respecto al próximo período de sesiones de la Comisión y/o la Asamblea.
79. En resumidos términos, una de las dimensiones de las enfermedades descuidadas que guardan relación con los derechos humanos y que el Relator Especial desea estudiar es la relativa a la asistencia y la cooperación internacionales. La cooperación internacional es necesaria para encontrar nuevos medicamentos, vacunas e instrumentos de diagnóstico para las enfermedades que imponen una carga tan pesada a los países en desarrollo. Sin embargo, también es necesario que los medicamentos existentes para las enfermedades descuidadas sean más accesibles a las poblaciones empobrecidas que los necesitan. El problema no consiste solamente en las enfermedades descuidadas; las poblaciones también están descuidadas.
80. En este contexto, el Relator Especial desea mencionar positivamente una reciente iniciativa del Canadá que podría mejorar el acceso a los medicamentos en los países de bajos ingresos. A raíz de la decisión de la Organización Mundial del Comercio (OMC), de 30 de agosto de 2003, según la cual los países productores de copias genéricas de medicamentos patentados con licencia obligatoria pueden exportar medicamentos a los países con poca o ninguna capacidad de fabricación, el Gobierno del Canadá presentó al Parlamento un proyecto de enmienda de la Ley de patentes y la Ley de alimentos y medicamentos. Si se promulgan las leyes correspondientes, esta iniciativa debería facilitar a las empresas canadienses la producción de medicamentos genéricos a costo más bajo, y a los países en desarrollo su importación. Este es un ejemplo del modo en el que un país desarrollado puede contribuir a mejorar el acceso a las medicinas en los países pobres. El Relator Especial espera que cualquier enmienda que pueda introducirse en la legislación canadiense reflejará plenamente el espíritu y el alcance de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, así como las responsabilidades concomitantes del Canadá en materia de derechos humanos. El Relator Especial alienta a los Estados Miembros de la OMC a que aprovechen todos los elementos de flexibilidad que les ofrece el derecho mercantil internacional para promover el derecho a la salud en los países en desarrollo.

## IV. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

81. Los párrafos que figuran a continuación constituyen una breve respuesta a la resolución 2003/28, en la que la Comisión invitaba a todos los relatores especiales pertinentes a informar sobre la cuestión de la prevención de la violencia. El Relator Especial ya se ocupa de cuestiones relacionadas con la violencia y el derecho a la salud en respuesta a la información que recibe de las ONG<sup>43</sup>. Además, la sección de su informe relativa a los derechos a la salud sexual y reproductiva contiene algunas reflexiones sobre la violencia. En la presente sección figuran algunas observaciones preliminares sobre la relación entre el derecho a la salud y la pre-

vención de la violencia<sup>44</sup>.

82. Los vínculos entre los derechos humanos y la prevención de violencia son de sobra conocidos. La falta de respeto por los derechos humanos suele ser la causa primera de la violencia, y a su vez actos concretos de violencia pueden constituir, de por sí, una violación de los derechos humanos. La introducción de un enfoque de la prevención de la violencia basado en los derechos humanos forma parte de las obligaciones internacionales de los Estados respecto de los factores de riesgo en relación con la violencia, tales como la pobreza, la discriminación de género, el acceso poco equitativo a la educación y otras desigualdades sociales y económicas. Al mismo tiempo, cada vez se reconoce más que la violencia es un problema de salud pública a escala universal. El “Informe mundial sobre la violencia y la salud” de la OMS, por ejemplo, destaca la importancia de medir la violencia en función de su impacto en la situación de la salud en todo el mundo, reconociendo y abordando las causas subyacentes y los factores de riesgo en relación con la violencia y atenuando sus consecuencias. Sin embargo, sólo recientemente se han concebido enfoques basados en la salud pública y los derechos humanos como contribuciones complementarias y mutuamente fortalecedoras a la preventión de la violencia<sup>45</sup>.
83. Si se quiere que la prevención de la violencia sea eficaz y sostenible, es necesario apreciar de las sinergias entre ambos enfoques. Como primer paso conceptual, es preciso definir la violencia en función de sus consecuencias para la salud y los derechos humanos. El informe de la OMS define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”<sup>46</sup>. Esta definición, al centrarse tan ampliamente en la violencia en su relación con la salud de los individuos, y al incluir consecuencias distintas a las lesiones físicas o la muerte, refleja la apreciación del pleno impacto de la violencia en el derecho a la salud de los individuos, las familias y las comunidades.
84. Según esta definición, la violencia tiene, evidentemente, un impacto directo en el disfrute del derecho humano a la salud de sus víctimas. Con frecuencia causa importantes daños físicos, psicológicos y emocionales a las víctimas y contribuye a los problemas sociales de los individuos, las familias y las comunidades. Los costos indirectos de la violencia, como los gastos médicos relacionados con las lesiones, los costos relacionados con los servicios jurídicos, la acción de la policía y el encarcelamiento, y el lucro cesante y el descenso de la productividad, pueden ser otros tantos obstáculos a la plena realización del derecho a la salud y de otros derechos conexos. Esos costos ejercen una presión adicional sobre los escasos recursos y pueden obstaculizar el desarrollo de los sistemas sanitarios.
85. Las obligaciones internacionales de los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud pueden tener una influencia importante en las actividades de prevención de la violencia. Por ejemplo, la obligación de protección incluye la adopción de medidas para proteger a los grupos vulnerables o marginales, en particular, las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, de las expresiones de violencia basadas en el género. Esto requiere integrar una perspectiva de género en las políticas, la planificación, los programas y la inves-

44 El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002) clasifica la violencia en tres categorías principales: “violencia dirigida contra uno mismo”, “violencia interpersonal” y “violencia colectiva”. El Relator Especial tiene el propósito de ocuparse de las cuestiones relacionadas con el derecho a la salud y el conflicto armado en futuros informes: dada la brevedad de la sección, sus observaciones se limitan a la violencia dirigida contra uno mismo y a la violencia interpersonal.

45 Un texto útil sobre los vínculos entre la violencia, la salud y los derechos humanos puede encontrarse en: *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 6, N° 2, 2003.

46 Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002), pág. 5.

tigación relacionadas con la salud, a fin de fomentar la buena salud de hombres y mujeres. El deber de cumplimiento incluye la obligación de organizar campañas de información acerca de la violencia doméstica, así como servicios accesibles de buena calidad para los que necesitan tratamiento. Los Estados están obligados a asegurar que todo el personal sanitario pertinente recibe una información adecuada, a fin de que pueda abordar de un modo racional las cuestiones derivadas de la violencia.

86. Estas breves reflexiones tienden a confirmar que el derecho a la salud tiene un importante papel que desempeñar en todo el proceso de desarrollo y aplicación de las políticas de prevención de la violencia. En sus misiones a los países, el Relator Especial prestará especial atención a la violencia doméstica en el contexto del derecho a la salud.

## V. CONCLUSIÓN

87. En todas sus actividades, el Relator Especial ha hecho hincapié en la importancia de un “enfoque normativo” del derecho a la salud, o sea, a que el derecho a la salud influya en los procesos normativos a nivel local, nacional e internacional. En este informe el Relator Especial ha empezado a estudiar el significado de este planteamiento, especialmente en relación con la salud sexual y reproductiva y con la reducción de la pobreza.
88. El derecho a la salud -como todos los derechos humanos- se plasma en una serie de normas universalmente convenidas que dan lugar a obligaciones de los gobiernos, en relación con las cuales se necesitan mecanismos eficaces y transparentes de seguimiento y responsabilización. Esta combinación de normas, obligaciones, seguimiento y responsabilización legitimados a escala mundial favorece la potenciación de los individuos y las comunidades desfavorecidos y marginados, y hace más probable que las políticas basadas en los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, sean eficaces, sólidas, sostenibles, incluyentes, equitativas y significativas para todos los miembros de la sociedad.
89. El Relator Especial anima a los gobiernos a que incorporen el derecho a la salud en todas sus actividades, de modo explícito y global, como medio de reforzar y promover sus políticas, estrategias y programas en vigor.



## Asamblea General

Distr.  
GENERAL

8 de octubre de 2004

Español  
Original: Inglés

---

### Quincuagésimo noveno período de sesiones

Tema 105 b) del programa

Cuestiones relativas a los derechos humanos: cuestiones  
relativas a los derechos humanos, incluidos distintos  
criterios para mejorar el goce efectivo de los derechos  
humanos y las libertades fundamentales

## EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

### NOTA DEL SECRETARIO GENERAL\*

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de conformidad con la resolución 2004/27 de la Comisión.

\* El informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.

## *Resumen*

El presente informe se refiere a las actividades realizadas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ("el derecho a la salud") después de la presentación de su último informe a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2004/49) y trata algunas cuestiones que éste considera de particular interés.

En la sección II se señala que una de las características más salientes de los objetivos de desarrollo del Milenio es la importancia que se da a la salud. El Relator Especial muestra cómo el derecho a la salud puede contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud, por ejemplo, velando por que las intervenciones sanitarias verticales refuerzen los sistemas de salud y fortaleciendo el objetivo 8 (asociación mundial para el desarrollo).

En la sección III se destacan brevemente las profundas disparidades que se observan en los servicios de salud de muchos países respecto de los pueblos indígenas y exhorta a realizar esfuerzos urgentes y concertados, a nivel local, nacional e internacional, para invertir esas tendencias.

En su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2003/58), el Relator Especial observó que un Estado necesitaba indicadores y bases de referencia para vigilar los progresos conseguidos en el derecho a la salud. En su primer informe provisional a la Asamblea General (A/58/427), el Relator Especial esbozó una metodología para utilizar indicadores en relación con el derecho a la salud. En la sección IV del presente informe, aplica esta metodología experimentalmente a un elemento vital del derecho a la salud, la supervivencia del niño.

## Índice

- I. Introducción
- II. La salud en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio
- III. El derecho a la salud de los pueblos indígenas
- IV. El derecho a la salud, la supervivencia del niño y los indicadores
- V. Conclusiones

## Anexo

Objetivos de desarrollo del Milenio y normas de derechos humanos

## I. INTRODUCCIÓN

1. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) presentó su informe preliminar (E/CN.4/2003/58) a la Comisión de Derechos Humanos en su 59º período de sesiones, de conformidad con el mandato establecido en la resolución 2002/31 de la Comisión. En su resolución 2003/28, la Comisión tomó nota con interés del informe del Relator Especial y lo invitó, entre otras cosas, a que presentara todos los años un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato. El primer informe provisional del Relator Especial figura en el documento A/58/427.
2. En su quincuagésimo octavo período de sesiones, la Asamblea General aprobó, por primera vez, una resolución sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (58/173). La Asamblea tomó nota con interés del informe provisional del Relator Especial, entre otras cosas, de la forma en que se propone “abrir las obligaciones de los Estados en todos los niveles en su labor futura acerca de la manera de evaluar la realización progresiva del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como de que se propone aplicar ese planteamiento a ámbitos especializados de la atención de la salud, tales como medicamentos esenciales, salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA, salud infantil y agua y saneamiento”.
3. El Relator Especial presentó su informe anual a la comisión en su 60º período de sesiones (E/CN.4/2004/49 y Add.1 y 2). En su resolución 2004/27, la Comisión tomó nota del informe y nuevamente pidió al Relator Especial que presentara un informe anual a la Comisión y un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato. Este informe se presenta de conformidad con la resolución 2004/27 de la Comisión.
4. Desde que presentó su informe anual a la Comisión en febrero de 2004, el Relator Especial ha llevado a cabo misiones al Perú (5 a 15 de junio) y Rumanía (23 a 27 de agosto) a invitación de los respectivos gobiernos<sup>1</sup>. Los informes sobre esas dos misiones, así como sobre su misión a Mozambique en diciembre de 2003, se presentarán a la Comisión en su 61º período de sesiones. El Relator Especial también ha formulado varios llamamientos urgentes y ha enviado comunicaciones a diversos gobiernos, así como comunicados de prensa sobre cuestiones que van desde las repercusiones de los acuerdos comerciales sobre el acceso a la medicación hasta el goce del derecho a la salud en situaciones de conflicto, e informará de esas comunicaciones en su próximo informe anual a la Comisión.

---

<sup>1</sup> Además, el Relator Especial ha participado en varias reuniones, incluso en diversas consultas organizadas por la Organización Mundial de la Salud, la reunión anual de relatores especiales organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; el Foro Social de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos; y una conferencia Monitoring the Right to Health: special focus on HIV/AIDS, organizada por la International Federation of Health and Human Rights Organizations.

## **II. LA SALUD EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

5. Los objetivos de desarrollo del Milenio representan una de las estrategias más importantes de las Naciones Unidas. Ofrecen a la comunidad de defensores de los derechos humanos una oportunidad crítica de influir en las políticas y las prácticas nacionales e internacionales encaminadas a reducir la pobreza. Los objetivos tienen mucho que ofrecer a los derechos humanos, así como los derechos humanos tienen mucho que ofrecer a los Objetivos.
6. Aunque se ha escrito mucho sobre los objetivos, se ha prestado poca atención a los derechos humanos<sup>2</sup>. Sorprende especialmente dada la estrecha correspondencia entre los objetivos y varios derechos humanos, como el derecho a la salud, la educación, la alimentación, la vivienda y la igualdad entre los géneros. Como declaró el Secretario General en su informe que contiene la guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio “los derechos económicos, sociales y culturales constituyen la esencia de todos los objetivos de desarrollo del milenio” (A/56/326, párr. 202).
7. En este capítulo, el Relator Especial señala la contribución que el derecho a la salud puede hacer al logro de los objetivos relativos a la salud<sup>3</sup> e insiste en que los derechos humanos y el derecho a la salud refuerzan muchos aspectos de los objetivos, aunque, por razones de espacio, este examen es breve e ilustrativo<sup>4</sup>.

### **LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

8. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas fue aprobada por representantes de 189 Estados Miembros, incluidos 147 Jefes de Estado o de Gobierno, en la Cumbre del Milenio, celebrada en Nueva York en septiembre de 2000. En la Declaración se establecen principios y valores que rigen las relaciones internacionales en el nuevo siglo, y se señalan siete ámbitos en que los dirigentes nacionales asumen una serie de compromisos concretos. Algunos de esos ámbitos son el desarrollo, la erradicación de la pobreza y los derechos humanos.
9. En la guía general elaborada por el Secretario General para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (A/56/326) se indican objetivos concretos relativos a cada uno de los siete ámbitos. Los objetivos mencionados en el capítulo III —sobre el desarrollo y la erradicación de la pobreza— se conocen como los objetivos de desarrollo del Milenio. El capítulo V —sobre los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno— contiene seis compromisos del Milenio relativos a los derechos humanos. Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio y los seis compromisos del Milenio con los derechos humanos son complementarios y se refuerzan mutuamente.

2 Hay algunas notables excepciones. Véase, por ejemplo, el informe provisional del Equipo de Tareas número 4 sobre la salud de los niños y de las madres, de 19 de abril de 2004, las observaciones de la Ethical Globalization Initiative sobre el informe provisional relativo a la lucha contra el VIH/SIDA del Equipo de Tareas número 5; el informe de la Conferencia sobre las perspectivas de los derechos humanos en los objetivos de desarrollo del Milenio, organizada por el Centro de Derechos Humanos y Justicia Mundial de la Universidad de Nueva York, el 11 de noviembre de 2003; y el informe titulado “80 million lives: Meeting the Millennium Development Goals in child and maternal survival” de la Grow Up Free from Poverty Coalition (2003).

3 Resalta más cómo el derecho a la salud contribuye a los objetivos de desarrollo del Milenio, que la forma en que los objetivos pueden contribuir al derecho a la salud.

4 En la medida en que sus recursos lo han permitido, el Relator Especial ha examinado los objetivos relativos a la salud en otros documentos, por ejemplo en su primer informe a la Comisión de Derechos Humanos. En sus misiones a los países, siempre que ha podido los ha examinado y promovido, y ha utilizado los informes nacionales sobre los objetivos de desarrollo del Milenio.

10. Desde que fue aprobada, la Declaración ha sido reafirmada en repetidas ocasiones, incluso en el Consenso de Monterrey alcanzado en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en 2002. Hoy día, toda la “familia” de las Naciones Unidas está dando prioridad urgente al logro de los objetivos. A entender del Relator Especial, desde que se fundaron las Naciones Unidas en 1945, no ha habido otro conjunto de compromisos internacionales ni objetivos de política a que se le haya prestado tanta atención ni tan sostenida, en el plano estratégico y sistemático.

## **LA SALUD EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

11. Una de las características más llamativas de los objetivos es la importancia que dan a la salud. De los ocho objetivos, cuatro guardan relación directa con la salud:
  - a) Reducir la mortalidad infantil (objetivo 4);
  - b) Mejorar la salud materna (objetivo 5);
  - c) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (objetivo 6);
  - d) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (incluso reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable (objetivo 7)).

Otros dos objetivos guardan estrecha relación con la salud: objetivo 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre), y el objetivo 8 (asociación mundial para el desarrollo)<sup>5</sup>. Los dos objetivos restantes (lograr la enseñanza primaria universal y promover la autonomía de la mujer) tienen repercusiones directas en la salud. Está bien documentado que las niñas y las mujeres educadas se cuidan y alimentan mejor, y cuidan y alimentan mejor a sus hijos.

12. Además, por lo menos 8 de las 16 metas y 17 de los 48 indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio guardan relación con la salud<sup>6</sup>.
13. La salud está en el centro de los objetivos de desarrollo del Milenio porque es fundamental para la reducción de la pobreza y para el desarrollo. La buena salud no es sólo una consecuencia de la reducción de la pobreza y del desarrollo, es una vía para lograrlos. Pero no se trata sólo de eso. El derecho internacional y numerosas constituciones nacionales reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

## **EL DERECHO AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD**

14. El alcance del derecho a la salud se estudia ampliamente en el derecho internacional y nacional. En sus diversos informes, el Relator Especial ha comenzado a examinar ese derecho en sus dos ámbitos y la práctica correspondiente. No reiterará ese examen en el presente informe, aunque se referirá brevemente al derecho a la salud para facilitar la consulta.
15. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada en 1946, reconoce

<sup>5</sup> Por ejemplo, una de las metas correspondientes al objetivo 8 es proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.

<sup>6</sup> Si bien hay discrepancias sobre cuántos objetivos, metas e indicadores se relacionan con la salud, no se discute la importancia que se asigna al tema.

el derecho fundamental de toda persona a la salud. Dos años más tarde, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se sentaron las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. Desde entonces, este derecho se ha codificado en muchos tratados de derechos humanos vinculantes, internacionales y regionales. La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los Estados excepto dos, contiene el estudio más extenso de este derecho que figura en un tratado. Además, esos tratados vinculantes están comenzando a generar jurisprudencia y doctrina que aclaran el contenido del derecho a la salud que, a su vez, está consagrado en numerosas constituciones nacionales: más de 100 disposiciones constitucionales incluyen el derecho a la salud y a la atención de la salud, o derechos conexos como el derecho a un ambiente saludable. Por otro lado, en algunas jurisdicciones las disposiciones constitucionales sobre el derecho a la salud han generado una importante jurisprudencia, como la causa judicial entablada en la Argentina por Viceconti contra el Ministerio de Salud y Acción Social, en 1998<sup>7</sup>.

16. El derecho a la salud incluye el derecho a la atención de la salud y, aún más, abarca el agua potable, el saneamiento adecuado y el acceso a información relacionada con la salud, incluso sobre salud sexual y reproductiva. Incluye libertades también, por ejemplo, la libertad de la discriminación y de la esterilización forzada, y el acceso a un sistema de protección de la salud. La salud infantil, la salud materna y el acceso a los medicamentos esenciales son algunos de sus elementos. Como otros derechos humanos, se aplica especialmente a las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en la pobreza, y requiere un sistema de salud eficaz e inclusivo de buena calidad.
17. Aunque el pleno respeto del derecho a la salud se alcanza gradualmente, impone ciertas obligaciones de efecto inmediato, como la no discriminación. Se requieren indicadores y puntos de referencia para vigilar la realización progresiva del derecho. También es esencial la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de las decisiones que afecten a su salud. El derecho internacional relativo a los derechos humanos establece algunas responsabilidades para los Estados desarrollados, en relación con el goce del derecho a la salud en los países pobres. Como este derecho origina otros derechos y obligaciones, se requieren mecanismos eficaces de rendición de cuentas.
18. Basándose en estas líneas generales, queda claro que hay una considerable superposición entre los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud y el derecho a la salud. Los objetivos y algunas de las disposiciones correspondientes del derecho internacional relativo a los derechos humanos figuran en el anexo.
19. En conclusión, cada vez comprendemos mejor el derecho a la salud. Indudablemente hay zonas grises, y también hay controversias y desacuerdos de buena fe, como en todos los campos de investigación. Sin embargo, lo importante es que el derecho a la salud no es un eslogan. Por el contrario, tiene profundidad normativa y un mensaje constructivo y conciso respecto de la reducción de la pobreza, el desarrollo y los objetivos de desarrollo del Milenio.

## **¿QUÉ APORTA EL DERECHO A LA SALUD A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO?**

20. En los párrafos siguientes se presentan algunos ejemplos de las aportaciones del derecho a

<sup>7</sup> Poder Judicial de la Nación, Causa No. 31.777/96, 2 de junio de 1998.

la salud a los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. En algunos casos, se ilustra lo que los derechos humanos aportan en general, por ejemplo, una mayor participación, mientras en otros se recoge lo que el derecho a la salud aporta concretamente, por ejemplo, una mayor atención prestada a los sistemas de salud. Por diferentes razones, una de ellas es la falta de espacio, el examen no se centra detalladamente en objetivos concretos aunque hay varios párrafos sobre el objetivo 8 (asociación mundial para el desarrollo).

*Ayudar a que los objetivos de desarrollo del Milenio beneficien a los menos favorecidos y más vulnerables*

21. Los principios inseparables de la no discriminación y la igualdad se encuentran entre los elementos más fundamentales de las normas internacionales de derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Ambos principios se enumeran y examinan en muchos instrumentos internacionales. La comunidad internacional ha establecido dos órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos (uno sobre la mujer, el otro sobre la raza) que se concentran exclusivamente en la no discriminación y la igualdad.
22. Los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud se expresan en términos de promedios sociales, por ejemplo, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes (objetivo 5). Pero las condiciones medias del total de la población pueden inducir a confusión: el mejoramiento de los indicadores medios de salud puede disimular un deterioro en grupos desfavorecidos. Por esta razón, los derechos humanos requieren que, en tanto sea práctico, todos los datos pertinentes se desglosen por motivos de discriminación prohibidos, para poder vigilar la situación de los grupos vulnerables —mujeres que viven en la pobreza, pueblos indígenas, minorías, etc.— y formular políticas que aborden concretamente su desventaja<sup>8</sup>.
23. En esta esfera, el derecho a la salud hace un aporte particular al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. A lo largo de muchos años, el sistema internacional de derechos humanos ha dedicado especial atención a estas cuestiones, incluido el examen sistemático de cientos de informes de los Estados sobre su derecho y sus prácticas, por lo que tiene mucha experiencia sobre la no discriminación y la igualdad que puede ayudar a definir políticas que garanticen que los objetivos relativos a la salud se logren para todas las personas y grupos, sobre todo los que padecen las mayores desventajas.

### **Aumentar la participación**

24. La participación es un rasgo integral del derecho a la salud. Pese a que el derecho a participar en la gestión de los asuntos públicos está inextricablemente unido a los principios democráticos, no implica sólo la celebración de elecciones libres e imparciales, sino también la participación activa y fundada en buenas razones de las personas y las comunidades en la adopción de decisiones que las afecten, incluidas las relativas a la salud. En otras palabras, el derecho a la salud asigna tanta importancia a los procesos por los cuales se logran los objetivos relativos a la salud como a los objetivos mismos.
25. Si bien las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza deben ser impulsadas por el país, también la población, y no sólo el gobierno, debe identificarse con ellas. Diferentes partes interesadas deben identificarse con la estrategia, incluso los que viven en la pobreza. Desde luego que no se logra fácilmente ni en poco tiempo. Se necesitan acuerdos innovadores para facilitar la participación de los que generalmente quedan fuera de la formulación de las políticas. Además, los acuerdos deben respetar las estructuras democráticas locales y nacionales existentes.

<sup>8</sup> Los análisis de la situación nacional pueden determinar qué grupos vulnerables no se incluyen expresamente en los motivos de discriminación prohibidos previstos en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, pero que, no obstante, requieren una atención particular.

26. A pesar de que la iniciativa de Desarrollo del Milenio es muy encomiable, muestra algunas de las características del enfoque del desarrollo de viejo estilo, verticalista, y no participativo. Un mayor reconocimiento del derecho a la salud reducirá esas tendencias tecnocráticas, mejorará la participación de las personas y las comunidades menos favorecidas y, por ende, las oportunidades de que se logren para todos los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud.

### **Velar por que las intervenciones verticales refuercen los sistemas de salud**

27. El derecho a la salud requiere, entre otras cosas, desarrollar un sistema de salud eficaz e inclusivo de buena calidad. La mayoría de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud se refieren específicamente a enfermedades o se basan en las condiciones de salud —paludismo, tuberculosis, VIH/SIDA, salud materna y salud infantil— y probablemente generarán intervenciones verticales con pocas opciones en materia de salud. Las intervenciones específicas de esta clase no son los elementos constitutivos más adecuados para el desarrollo a largo plazo de los sistemas de salud. Efectivamente, extrayendo recursos y sobrecargando una capacidad frágil, las intervenciones verticales incluso pueden poner en peligro el progreso hacia la meta de largo plazo de que el sistema de salud sea eficaz e inclusivo. Un examen adecuado del derecho a la salud, centrado en sistemas de salud eficaces, puede ayudar a garantizar que las intervenciones de salud verticales se hayan concebido de forma que contribuyan a que los sistemas de salud estén al alcance de todos, se consoliden y sean de mejor calidad.
28. En este contexto, el Relator Especial observa con interés la idea de elaborar un nuevo instrumento —una evaluación de los efectos del sistema de salud— con que se determinarían los efectos previstos de una intervención sugerida en un sistema de salud particular, de acuerdo con lo que el Grupo de Tareas número 4 del Proyecto del Milenio sobre la salud de los niños y de las madres recomendó en su informe provisional.

### **Prestar más atención a los profesionales de la salud**

29. Los profesionales de la salud —médicos, personal de enfermería, parteras, técnicos, administradores, etc.— desempeñan una función indispensable en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. Sin embargo, en muchos sistemas de salud, los recursos humanos están en crisis. Salvo que se preste la máxima atención a las dificultades a que hacen frente los profesionales de la salud, cuesta imaginar cómo se lograrán en muchos países los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud. La difícil situación de los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones en el derecho a la salud. Por ejemplo, la justicia de los términos y las condiciones de empleo de los profesionales de la salud se relaciona con el derecho a la salud. El derecho a la salud se ve afectado también por el éxodo de profesionales de la salud del Sur al Norte, al igual que, a nivel nacional, por la migración del campo a la ciudad de esos profesionales. El éxodo de profesionales de la salud del Sur al Norte atañe al objetivo 8, porque las políticas de los países del Norte tienden a atraer a los profesionales de la salud de los países en desarrollo. El derecho a la salud puede ayudar a garantizar que se preste la debida atención a esas complejas cuestiones que afectan a los profesionales de la salud y repercuten directamente en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud.

### **Salud sexual y reproductiva**

30. Como es bien sabido, la expresión “salud sexual y reproductiva” no fue incluida en los ob-

jetivos de desarrollo del Milenio. Sin embargo, una estrategia de desarrollo que no contempla las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva no sería digna de crédito. Por lo tanto, de hecho, los objetivos de desarrollo del Milenio abarcan las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva, como la salud de las madres, la de los niños y el VIH/SIDA. Según el concepto que la Comisión de Derechos Humanos reafirma en su resolución 2003/28, "la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". En su informe a la Comisión en su 60º período de sesiones, el Relator Especial examinó el alcance del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto de las conferencias mundiales celebradas en El Cairo y Beijing. No reiterará el mismo análisis en el presente, pero afirma una vez más que la salud sexual y la salud reproductiva incluyen a la mujer y el hombre, que tienen la libertad de tomar decisiones sobre su capacidad reproductora, si quieren ejercerla y cuándo. Aquí se incluye el derecho a recibir información sobre métodos de planificación de la familia de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles, aceptables e integrales, y el derecho a un embarazo y un parto sin riesgos.

31. En el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio, este elemento del derecho a la salud tiene una función fundamental porque, i) afirma la importancia vital de la salud sexual y reproductiva en la lucha contemporánea contra la pobreza mundial y ii) destaca las múltiples dimensiones de la salud sexual y reproductiva en relación con los derechos humanos.

### **Reforzar el objetivo 8: asociación mundial para el desarrollo**

32. A los Estados desarrollados les incumben ciertas responsabilidades respecto de la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo. Se trata de responsabilidades que vienen, entre otras cosas, de las disposiciones relacionadas con la asistencia y la cooperación internacionales de los instrumentos internacionales de derechos humanos. Más importante aún, la asistencia y la cooperación internacionales no deben entenderse como aplicables exclusivamente a las esferas financiera y técnica: también se refieren a la responsabilidad de los Estados desarrollados de trabajar activamente para lograr un orden internacional que conduzca a la eliminación de la pobreza y la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo.
33. Al igual que sucede con otros derechos humanos y responsabilidades, aún no se han establecido claramente los parámetros de la asistencia y la cooperación internacionales. Sin embargo, en principio, la asistencia y la cooperación internacionales exigen que todos aquellos que estén en condiciones de prestar asistencia, en primer lugar, se abstengan de todo acto que pueda obstaculizar el ejercicio del derecho a la salud por los pobres y, en segundo lugar, adopten medidas para eliminar los obstáculos que se interpongan a la realización del derecho a la salud por los pobres.
34. El concepto de derechos humanos que representan la asistencia y la cooperación internacionales está muy en consonancia con el objetivo 8, los principios de equidad mundial y responsabilidad colectiva que animan la Declaración del Milenio y el Consenso de Monterrey. Sin embargo, como además está plasmado en instrumentos internacionales vinculantes de derechos humanos, el concepto de derechos humanos de la asistencia y la cooperación internacionales constituye un refuerzo jurídico del objetivo 8, los principios de equidad mundial y responsabilidad colectiva enunciados en la Declaración y el Consenso de Monterrey.
35. En los párrafos 42 a 46 del presente informe, el Relator Especial vuelve sobre la cuestión fundamental de la obligación de rendir cuentas por parte de los Estados desarrollados en relación con el objetivo 8.

## **Fortalecimiento de la rendición de cuentas**

36. Los instrumentos internacionales de derechos humanos otorgan derechos a unos, personas y comunidades, e imponen a otros obligaciones jurídicas. Es fundamental que los derechos y las obligaciones conlleven la rendición de cuentas: sin un sistema de rendición de cuentas que los apoye, podrían convertirse en meras apariencias. En consecuencia, el enfoque del derecho a la salud basado en los derechos humanos pone de relieve las obligaciones y exige que todos los que tienen obligaciones rindan cuenta de su conducta.
37. Con demasiada frecuencia, la expresión “rendición de cuentas” se utiliza en el sentido de culpa y castigo<sup>9</sup>. Pero esta interpretación del término es muy limitada. Un mecanismo de rendición de cuentas relativo al derecho a la salud establece qué políticas e instituciones de salud están dando buenos resultados y cuáles no, y por qué, con objeto de mejorar la realización del derecho a la salud para todos. Un dispositivo semejante de rendición de cuentas debe ser eficaz, transparente y accesible. Al parecer, ésta es la interpretación de la rendición de cuentas que el Equipo de Tareas No. 4 sobre la salud de los niños y la salud de las madres tiene en mente cuando preconiza la “rendición de cuentas constructiva”.
38. La rendición de cuentas puede adoptar diversas formas. En el plano internacional, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos constituyen una forma incipiente de rendición de cuentas, mientras que en el plano nacional, un comisionado u ombudsman de la salud puede garantizar cierto grado de rendición de cuentas. Un consejo de salud local elegido democráticamente constituye otra forma de mecanismo de rendición de cuentas. Existen acuerdos administrativos, como las evaluaciones sobre los efectos en la salud a disposición del público, que también pueden mejorar la rendición de cuentas. En el caso de un derecho humano tan complejo como el derecho a la salud, se necesita una serie de mecanismos de rendición de cuentas cuya forma y combinación de elementos variará de un Estado a otro.
39. Los mecanismos de rendición de cuentas en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio son deficientes. El informe nacional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio es una de las posibles modalidades de rendición de cuentas. Hasta la fecha, se han publicado más de 60 informes semejantes, en su mayoría sobre países de bajos ingresos e ingresos medios. En su evaluación de los informes, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) observa que los “objetivos de desarrollo del Milenio están resultando uno de los instrumentos más importantes para seguir de cerca y vigilar los progresos a nivel nacional”<sup>10</sup>. Sin embargo, la finalidad de esos informes es “lograr una mayor sensibilización”, y no promover la rendición de cuentas ni la formulación de políticas al respecto<sup>11</sup>.
40. Los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, pueden fortalecer los débiles mecanismos de rendición de cuentas actualmente vinculados a los objetivos de desarrollo del Milenio al menos de dos formas. En primer lugar, siempre que tengan suficiente información y recursos, los mecanismos vigentes de rendición de cuentas en materia de derechos humanos pueden determinar si los Estados están adoptando medidas suficientes para la consecución de los objetivos. Por ejemplo, en el caso del examen de los informes periódicos de los Estados por un órgano creado en virtud de un tratado de derechos humanos, podría considerar que los objetivos mencionados en el informe están dentro del ámbito de su competencia.

<sup>9</sup> Véase L. P. Freedman, “Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82 (2003) págs. 111 a 114.

<sup>10</sup> DP/2003/34, párr. 3.

<sup>11</sup> *Ibid.*, párr. 16.

cia. En las misiones a los países, los relatores especiales pueden pasar revista a los objetivos comprendidos dentro de su mandato. A nivel nacional, una institución nacional de derechos humanos puede crear una dependencia de vigilancia y rendición de cuentas en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio.

41. En segundo lugar, los derechos humanos son un recordatorio constante de la importancia decisiva que reviste la rendición de cuentas en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio. Los derechos humanos no constituyen un mecanismo uniforme inequívoco de rendición de cuentas aplicable a los objetivos. Corresponde a la comunidad internacional y a otros interesados directos identificar mecanismos de rendición de cuentas que sean apropiados, eficaces, transparentes y accesibles a fin de integrarlos en la iniciativa de desarrollo del Milenio. De no ser así, tales objetivos carecerán de un rasgo indispensable de los derechos humanos y, peor aún, las posibilidades de alcanzarlos se reducirán considerablemente.

### **Fortalecimiento de la rendición de cuentas en relación con el objetivo 8**

42. Si bien los mecanismos de rendición de cuentas en relación con todos los objetivos de desarrollo del Milenio son precarios, lo son aún más en relación con el objetivo 8. En el informe de evaluación del PNUD se señala que “es significativo el hecho de que pocos países presentan informes sobre el objetivo 8” y se hace hincapié en que “es sumamente importante seguir de cerca los progresos en cuanto al objetivo 8”<sup>12</sup>. Unos cuantos países desarrollados, entre ellos los Países Bajos, Dinamarca y Suecia, han publicado informes sobre los progresos realizados en la consecución del objetivo 8, precedentes muy alentadores que todos los países desarrollados deberían reproducir cuanto antes. Aunque la supervisión de los Estados desarrollados en relación con el objetivo 8 es un paso positivo, no constituye un mecanismo apropiado de rendición de cuentas.
43. Desde hace mucho tiempo los países en desarrollo tienen la impresión de que los acuerdos en materia de rendición de cuentas no son equilibrados y se aplican principalmente a ellos, en tanto que los países desarrollados escapan a ese examen incumpliendo sus promesas y compromisos internacionales, fundamentales para los países en desarrollo<sup>13</sup>. Lamentablemente, el curso que está tomando la iniciativa de desarrollo del Milenio confirma esa percepción. La responsabilidad de presentar informes sobre los objetivos de desarrollo del Milenio recae sobre todo en los países de bajos ingresos y de ingresos medios. Incluso el grado de autosupervisión de los países desarrollados en relación con el objetivo 8 es mínimo. Semejante desequilibrio es incompatible con los principios de reciprocidad, responsabilidad mutua y rendición de cuentas colectiva en que se basan la Declaración del Milenio y sus objetivos.
44. Ese desequilibrio es lamentable sobre todo debido a la importancia fundamental que el objetivo 8 reviste para los países en desarrollo, muchos de los cuales acusan un aumento marcado de la pobreza a nivel nacional. Para ellos no se trata de una mayor eficiencia o una distribución más justa de los recursos entre sus ciudadanos (aunque tales consideraciones suelen ser importantes); se trata de una escasez alarmante de recursos y de presupuesto en extremo precarios. En otras palabras, para esos países, el objetivo 8 es vital.
45. Desde el punto de vista de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, es urgente

12 *Ibid.*, párrs. 9 y 31.

13 PNUD, Dirección de Políticas de Desarrollo, “Is MDG 8 on track as a global deal for human development?”, preparado por J. Vandenmoortele, K. Malhotra y J. A. Lim, Nueva York, 2003.

reforzar los mecanismos de rendición de cuentas en relación con el objetivo 8. Si la comunidad internacional no está en condiciones de convenir en un conjunto de mecanismos de rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles en relación con el objetivo 8, quizás los países en desarrollo deberían crear su propio mecanismo independiente de rendición de cuentas para examinar el grado de cumplimiento de los compromisos asumidos por los países desarrollados en relación con el objetivo 8.

46. El Relator Especial confirma que asigna una importancia particular a la rendición de cuentas en relación con el objetivo 8, debido a que para numerosos países en desarrollo la posibilidad de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud depende en gran medida de que los Estados desarrollados asuman sus respectivos compromisos en relación con el objetivo 8.

## CONCLUSIONES

47. Las políticas que están basadas en el derecho a la salud tienen más probabilidades de ser eficaces, equitativas, sólidas, participativas y significativas para los que viven en la pobreza.
48. El derecho a la salud proporciona un marco normativo explícito que refuerza los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, marco que dimana del derecho internacional relativo a los derechos humanos. Respaldados por valores morales reconocidos universalmente y apuntalados por obligaciones jurídicas, el derecho internacional relativo a los derechos humanos constituye un marco normativo convincente para las políticas nacionales e internacionales encaminadas a la consecución de los objetivos.
49. En su resolución 2004/27, la Comisión de Derechos Humanos confirmó la importancia de integrar el derecho a la salud en los procesos de formulación de políticas. Recordando los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la Comisión recomendó que los Estados velaran "por que se tuviera debidamente en cuenta la realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la formulación de sus políticas nacionales e internacionales pertinentes". La Comisión no se limitó a la responsabilidad de los Estados; también exhortó "a todas las organizaciones internacionales" cuyos mandatos guardaran relación con el derecho a la salud "a que tuvieran en cuenta las obligaciones nacionales e internacionales de sus miembros en relación con [el derecho a la salud]".
50. El derecho a la salud y otros derechos humanos deberían integrarse en los cuatro elementos de la estrategia básica de las Naciones Unidas para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio. Por capaces que sean, los pocos miembros de los equipos de tareas del Proyecto del Milenio que están familiarizados con los derechos humanos no podrán, por sí solos, asegurar que los derechos humanos reciban la atención que merecen. Tampoco bastará con obtener las observaciones de los expertos en derechos humanos acerca de los proyectos de informe. Para que los derechos humanos y el derecho a la salud contribuyan plenamente a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, será preciso encontrar los recursos necesarios para incorporar esas cuestiones de manera consecuente, coherente y sistemática en toda la estrategia básica de los objetivos de desarrollo del Milenio, en el plano internacional y en los equipos de las Naciones Unidas en los países.
51. Es fundamental que el proyecto de informe sobre el Proyecto del Milenio titulado "Un plan mundial para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio" se refiera expresamente al marco de derechos humanos y lo utilice, de conformidad con la Declaración del Milenio y la Guía general. El proyecto de informe debería incluir un capítulo en que se determinara

el marco de derechos humanos y se destaca, con ejemplos, la forma en que los derechos humanos complementan y refuerzan los objetivos de desarrollo del Milenio. A continuación, deberían integrarse de manera coherente y consecuente en todo el Plan Mundial los derechos humanos y el derecho a la salud, incluidas sus recomendaciones.

52. El informe final de cada uno de los equipos de tareas del Proyecto del Milenio debería incluir un capítulo en que se determinara el marco de derechos humanos y se estudiaran sus consecuencias normativas para la esfera que compete a cada uno de los equipos<sup>14</sup>.
53. Sin embargo, la integración de los derechos humanos en los objetivos de desarrollo del Milenio, incluido el derecho a la salud, constituye un reto considerable para las personas que se dedican a promover los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Las técnicas tradicionales que la comunidad de derechos humanos ha utilizado con éxito durante tantos años, como la denuncia y el descrédito, las campañas de redacción de cartas y la interposición de recursos ante los tribunales para sentar precedente, no garantizarán la integración eficaz del derecho a la salud en la estrategia de desarrollo del Milenio. Para ello, la comunidad de derechos humanos tendrá que recurrir a nuevas técnicas. Por ejemplo, las listas de prioridades y las soluciones de transacción forman parte de la realidad ineludible de la formulación de políticas. Así pues, si la comunidad de derechos humanos desea alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, tendrá que saber elegir entre las prioridades sin faltar a los derechos humanos. Tendrá que saber qué concesiones son admisibles y cuáles no desde el punto de vista del derecho y la práctica en materia de derechos humanos. También tendrá que elaborar y utilizar instrumentos innovadores, como la evaluación, los indicadores y los parámetros de las consecuencias. Es evidente que las técnicas comprobadas de derechos humanos seguirán siendo de enorme importancia: las políticas relacionadas con los objetivos de desarrollo del Milenio que violen los derechos humanos deben ser impugnadas por los medios tradicionales. Sin embargo, aunque las técnicas tradicionales siguen siendo fundamentales, no son suficientes, de ahí la necesidad de elaborar métodos adicionales.
54. Por su parte, la comunidad de derechos humanos está comenzando a elaborar nuevas técnicas. Además, algunas de las personas que se dedicaban habitualmente a las cuestiones de la salud y la reducción de la pobreza son cada vez más conscientes de que la perspectiva de derechos humanos puede constituir una aportación importante. La colaboración de ambas comunidades puede ayudar a asegurar que los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, contribuyan de lleno a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud para todos.

### III. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

55. Al Relator Especial le preocupan profundamente las marcadas disparidades que se observan entre la salud de los indígenas y la de las demás personas de muchos países y comunidades del mundo entero<sup>15</sup>. Las personas indígenas tienden a vivir menos y, en general, su estado de salud es peor que el de otros grupos de población. En algunas jurisdicciones, tienen más probabilidades de padecer trastornos crónicos como la diabetes, la presión alta o la artritis, y son más proclives al uso indebido de sustancias, la depresión y otros trastornos mentales que los no indígenas. La tasa de suicidio entre las mujeres indígenas en algunos países desarrollados es ocho veces superior al promedio nacional. El VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual se están propagando rápidamente en las comunidades indígenas, tendencia en que concurren factores como la explotación social y económica de la mujer indígena y la falta de acceso a información relacionada con la salud. Las tasas de mortalidad de los lactantes, los niños y las madres en muchas comunidades indígenas son muy superiores a las de los grupos no indígenas, en tanto que las tasas de vacunación y de matrícula de los niños indígenas son más bajas y la tasa de deserción escolar es más elevada, y los niños indígenas son más vulnerables que los demás a la explotación sexual y económica, todos ellos factores de riesgo para la salud.
56. Esta breve sección tiene por objeto sencillamente resaltar la importancia que revisten esas cuestiones complejas, que el Relator Especial se propone examinar en su próximo trabajo. Ya ha recibido información fidedigna acerca de las disparidades en materia de salud de los pueblos indígenas, incluso ejemplos de discriminación por profesionales de la salud que carecen de formación y sensibilidad en torno a las necesidades particulares de los indígenas; la falta de servicios de salud disponibles en idiomas indígenas, la falta de agua potable y saneamiento apropiado y las consecuencias de la contaminación ambiental en la salud y en la vida de las comunidades indígenas; y la violencia, incluida la violencia sexual, contra la mujer indígena. Hace observar las numerosas preocupaciones semejantes expresadas por el Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas, tras sus recientes misiones de visita a un grupo de países. Las preocupaciones se refieren, entre otras cosas, a denuncias de discriminación sistemática contra indígenas en el acceso a los servicios médicos y en la calidad de esos servicios; la marginación de la medicina tradicional de los pueblos indígenas; las tasas elevadas de enfermedades como la diabetes; y las tasas alarmantes de suicidio, en particular entre los jóvenes indígenas<sup>16</sup>.
57. En el informe sobre su tercer período de sesiones (E/2004/43-E/C.19/2004/23), el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas advirtió que las condiciones de salud de las comunidades indígenas estaban empeorando como consecuencia del acceso insuficiente y limitado a los servicios de salud, la falta de planteamientos de atención de la salud culturalmente adecuados, la falta de clínicas que ofrecieran servicios de extensión en zonas apartadas y el deterioro de la calidad del aire, el agua y la tierra a causa de un desarrollo industrial descontrolado. El Foro hizo hincapié en la necesidad de encarar cuestiones que tenían una incidencia negativa en el derecho a la salud de la mujer indígena, incluidos los derechos sexuales

15 Véase el informe sobre el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, presentado en la 54a Asamblea Mundial de la Salud (documento de la OMS A54/33).

16 Los informes del Relator Especial sobre los pueblos indígenas en sus misiones de visita a los países pueden consultarse en <http://www.ohchr.org/english/issues/indigenous/rapporateur/visits.htm>.

y reproductivos. Algunos países están adoptando medidas positivas para mejorar esas condiciones. Sin embargo, la falta de información en materia de salud desglosada por grupo étnico, la falta de participación sistemática de los pueblos indígenas en la elaboración y la aplicación de políticas relativas a la salud y la escasez de investigaciones exhaustivas sobre los riesgos para la salud y las disparidades respecto de las personas indígenas son factores que han entorpecido el avance de las iniciativas en favor de la salud de esas comunidades.

58. El Relator Especial pide que se adopten medidas urgentes y concertadas en los planos local, nacional e internacional para invertir esas tendencias. De conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, las personas indígenas tienen derecho a gozar de medidas concretas para mejorar su acceso a los servicios y cuidados de salud y a los factores condicionantes de la salud. Esos servicios deben ser culturalmente apropiados y tener en cuenta los métodos preventivos, las prácticas de curación y los medicamentos tradicionales. En particular, insta a los gobiernos y a otros interesados directos a que hagan todo lo posible para velar por:
- a) El desglose de la información relativa a la salud por grupo étnico, género, condición socioeconómica, afiliación cultural o tribal e idioma;
  - b) La participación activa e informada de los pueblos indígenas en la formulación, la aplicación y la supervisión de las políticas y los programas en materia de salud;
  - c) En la medida de lo posible, la disponibilidad de servicios, programas y proyectos en materia de salud y de información relacionada con la salud en los idiomas que hablan los pueblos indígenas;
  - d) El fortalecimiento de los programas de salud en las comunidades indígenas, incluida la formación de trabajadores de la salud indígenas para que presten servicios de extensión a las comunidades indígenas y cuidados en el hogar;
  - e) La formación de profesionales de la salud para asegurarse de que sean conscientes de las cuestiones relativas a la pertenencia a un grupo étnico y a una cultura indígenas, y de que sean sensibles a las mismas;
  - f) La elaboración y la aplicación de estrategias que alienten a las personas indígenas a convertirse en profesionales de la salud. Las estrategias deberían incluir medidas para aumentar la diversidad étnica de los estudiantes que asisten a los programas de formación existentes, así como el reconocimiento por los sistemas estatales de atención de la salud de los médicos tradicionales, incluidos los que atienden los nacimientos. Asimismo, los grupos indígenas y otros grupos étnicos no predominantes deberían diseñar nuevos cursos de formación destinados a ellos mismos, incluso de formación en las tradiciones y prácticas médicas de los pueblos indígenas;
  - g) La creación de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas en las comunidades indígenas en relación con casos de abuso y negligencia en el sistema de salud.

## **IV. El derecho a la salud, la supervivencia del niño y los indicadores**

59. En su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial hizo la siguiente observación:

"El derecho a la salud reconocido internacionalmente está sujeto a una realización paulatina. Indudablemente, esto significa que con el tiempo lo que se espera de un Estado será diferente. Para vigilar los adelantos obtenidos, el Estado necesita un mecanismo que haga posible medir esta dimensión variable del derecho a la salud. [El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] sugiere que el mecanismo más apropiado es la aplicación combinada del derecho nacional a los indicadores y bases de referencia en la esfera de la salud. Un Estado selecciona los indicadores adecuados relacionados con el derecho a la salud que le permita vigilar las distintas dimensiones de ese derecho. Cada indicador tendrá que estar desglosado. A continuación, el Estado fija una serie de objetivos —o bases de referencia— nacionales en relación con cada uno de los indicadores desglosados. El Estado puede emplear estos indicadores y bases de referencia nacionales para vigilar los progresos conseguidos, lo cual le permite determinar cuándo se requieren ajustes normativos. Evidentemente, por muy refinados que sean, los indicadores y bases de referencia relativos al derecho a la salud no reflejarán nunca de manera completa la situación del disfrute del derecho a la salud en una determinada jurisdicción. A lo sumo, proporcionarán unas indicaciones útiles de carácter general sobre el derecho a la salud en un determinado contexto nacional." (E/CN.4/2003/58, párr. 36)

60. En los meses siguientes a la presentación de su informe preliminar, el Relator Especial celebró amplias consultas a fin de encontrar una metodología sencilla para elaborar indicadores y puntos de referencia para el derecho a la salud. En su primer informe provisional a la Asamblea General (A/58/427), el Relator Especial describió tal metodología, que puede resumirse como sigue:
- a) Establece la diferencia entre un indicador de la salud y un indicador del derecho a la salud;
  - b) Propone tres categorías de indicadores del derecho a la salud: indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de evolución;
  - c) Sugiere que los indicadores del derecho a la salud son necesarios para supervisar el cumplimiento por los Estados de la responsabilidad que les incumbe en materia de derechos humanos i) dentro de su propia jurisdicción ("nivel nacional") y ii) más allá de sus fronteras ("nivel internacional").
61. La Asamblea General tomó nota con interés del enfoque del Relator Especial. Desde la presentación del informe, el Relator Especial ha examinado su enfoque con numerosos expertos de derechos humanos y otros especialistas, incluso con los participantes en un seminario organizado por la OMS en abril de 2004. Si bien se han sugerido varias mejoras, en general, la metodología ha contado con una amplia aprobación. El Relator Especial procederá ahora a aplicar la metodología a una especialización concreta de la salud, a saber, la supervivencia del niño, a fin de determinar sus posibles resultados en la práctica.

### **El derecho del niño a la salud: la supervivencia del niño**

62. En su resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos pidió al Relator Especial que prestara especial atención a las necesidades de los niños. Por ello, desea aplicar la metodología descrita en su informe provisional a uno de los aspectos del derecho del niño a la salud.
63. Por varias razones, sobre todo teniendo en cuenta el objetivo de desarrollo del Milenio de

reducir la mortalidad infantil, la supervivencia del niño recibe cada vez más atención de los Estados, las organizaciones intergubernamentales y la sociedad civil. En este contexto, los participantes en el proceso consultivo interinstitucional han comenzado a identificar una serie de indicadores básicos de la supervivencia del niño, que todos los Estados, y quizás otros interesados directos, podrían encontrar útiles. El Relator Especial propone que esos indicadores se formulen de manera que permitan supervisar la realización paulatina por los Estados del derecho a la salud en relación con la supervivencia del niño.

64. En consecuencia, el Relator Especial está examinando el actual proyecto de indicadores sobre la supervivencia del niño vinculado al proceso interinstitucional arriba mencionado, a fin de someter a prueba el conjunto de métodos descritos en su informe provisional. Cabe destacar varios puntos preliminares.
65. En primer lugar, la supervivencia del niño no es más que un aspecto de la salud del niño, por lo que los indicadores de supervivencia del niño únicamente se refieren a una parte de la salud del niño y del derecho del niño a la salud.
66. En segundo lugar, el Relator Especial tiene varias inquietudes acerca del actual proyecto de indicadores básicos de la salud elaborado en el proceso interinstitucional. Por ejemplo ¿por qué no hay indicadores sobre la diarrea o el VIH/SIDA? No obstante, en el presente informe, el Relator Especial no agregará nada ni efectuará ningún cambio en el conjunto de indicadores básicos de la salud que en la actualidad se proponen en el proceso institucional. Si se considera útil, él está dispuesto a participar en el proceso interinstitucional para examinar la posibilidad de incluir algunos indicadores de la salud. Sin embargo, a los efectos del presente informe, el Relator Especial prefiere retener el conjunto de indicadores básicos de la salud identificados en el proceso interinstitucional ya que permiten estudiar la manera en que un Estado puede utilizar los indicadores para supervisar su realización progresiva de un componente del derecho a la salud, a saber, la supervivencia del niño.
67. En tercer lugar, pese a que el Relator Especial no está introduciendo cambios ni adiciones en el conjunto de indicadores básicos de la salud propuesto en el proceso interinstitucional, hace hincapié en varios otros indicadores fundamentales desde el punto de vista del derecho a la salud, como por ejemplo los indicadores sobre la participación y la rendición de cuentas.
68. En opinión del Relator Especial, los indicadores básicos de la supervivencia del niño propuestos en el proceso interinstitucional pueden utilizarse acertadamente para supervisar algunos aspectos de la realización paulatina del derecho a la salud, a condición de que:
  - a) Correspondan, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud;
  - b) Estén desglosados, al menos, por sexo, raza, grupo étnico y zona (rural o urbana)<sup>17</sup>;
  - c) Estén complementados con indicadores adicionales para supervisar cuatro características esenciales del derecho a la salud:
    - i) Una estrategia nacional y un plan de acción que incluyan el derecho a la salud;
    - ii) La participación de personas y grupos, en particular vulnerables y desfavorecidos, en relación con los programas y políticas de salud;
    - iii) La asistencia y la cooperación internacionales de los donantes en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo;

{ 284 } 

---

<sup>17</sup> El objetivo debería consistir en desglosar los indicadores en tantas esferas de discriminación prohibidas internacionalmente como sea posible (véase A/58/427, párrs. 12 y 13 y nota 6).

iv) Mecanismos de supervisión y rendición de cuentas que sean accesibles y eficaces.

69. En el cuadro que figura más abajo, los indicadores relativos a la supervivencia del niño vinculados al proceso interinstitucional están marcados con un asterisco. En el cuadro también se identifican las normas relativas al derecho a la salud que corresponden a esos indicadores. Además, el cuadro incluye varios indicadores adicionales relativos a cuestiones que, desde el punto de vista del derecho a la salud, son fundamentales, como la estrategia nacional y el plan de acción (indicadores 8 a 10), la participación (indicadores 14 y 15), la supervisión/rendición de cuentas (indicadores 1 a 12), y la asistencia y la cooperación internacionales (indicadores 16 a 18 y 36 a 38).
70. De conformidad con la metodología presentada en el informe provisional, los indicadores se han agrupado como indicadores estructurales, de proceso y de evolución. En el cuadro también se señala qué indicadores deben ser desglosados (en general, los indicadores estructurales no podrán desglosarse). Por último, el cuadro indica qué departamento de gobierno estará a cargo de reunir los datos pertinentes, aunque ello puede variar de un Estado a otro.
71. Si bien en el cuadro se señalan los indicadores que un Estado debería utilizar, es evidente que los Estados pueden formular indicadores adicionales de la supervivencia del niño que reflejen más fielmente su contexto particular. El conjunto de indicadores siguiente se propone simplemente a modo de pauta aplicable a muchos Estados, aunque seis de los indicadores se dirigen concretamente a los donantes.
72. En su informe provisional a la Asamblea General, el Relator Especial señaló que el Sr. Eibe Riedel, Vicepresidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha convenido en utilizar la metodología descrita en el informe. Al Relator Especial le complace observar que el Vicepresidente también apoya la aplicación de la metodología al tema de la supervivencia del niño, lo que contribuye a asegurar una aplicación consecuente del enfoque por el Relator Especial y el Comité. Ello permitirá simplificar la labor de los Estados, las organizaciones intergubernamentales, los grupos de la sociedad civil y otros interesados directos.

## Indicadores del derecho a la salud y la supervivencia del niño

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
<i>Indicadores estructurales</i>			
<b>Marco jurídico básico</b>		Ministerio de Justicia	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
1. ¿Ha consagrado el Estado el derecho a la salud, incluido el derecho de los niños a la salud, en la Constitución? (sí/no)	No		
2. ¿Ha promulgado el Estado otras leyes en las que se reconozca de manera explícita el derecho a la salud, incluido el derecho de los niños a la salud? (sí/no)			
3. En los últimos dos años ¿se ha registrado alguna decisión judicial que aborde de manera explícita el derecho de los niños a la salud? (sí/no)	No	Ministerio de Justicia	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
4. ¿Ha promulgado el Estado leyes relativas a la inscripción obligatoria de los nacimientos? (sí/no)	No	Ministerio de Justicia	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículo 24 2) del PDCP; artículos 4, 6 2), 7 y 24 de la CDN
5. ¿Ha aprobado el Estado el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna? (sí/no)	No	Ministerio de Justicia	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2), 24 2) a), c) y e) de la CDN; artículo 12 2) de la CEDAW
<b>Institución nacional de derechos humanos</b>	No	Ministerio de Justicia	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
6. ¿Tiene el Estado una institución nacional de derechos humanos (por ejemplo, un comisionado de derechos humanos, un comisionado para los niños o un comisionado para la salud) cuyo mandato incluya:			
i) De manera explícita el derecho de los niños a la salud (sí/no)			
ii) De manera implícita el derecho de los niños a la salud? (sí/no)			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
7. En caso afirmativo, ¿ha puesto en marcha dicha institución un programa, con personal y presupuesto propio, sobre el derecho de los niños a la salud? (sí/no)			
<b>Estrategia y plan de acción nacionales</b>  8. ¿En los últimos cinco años, ha aprobado o actualizado el Gobierno una estrategia y plan de acción nacionales sobre salud infantil, incluida la mortalidad infantil? (sí/no)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 (1), 12 del PESC; artículos 4, 6 (2) y 24 de la CDN
9. En caso afirmativo:  a) ¿Se reconoce de manera explícita la Convención sobre los Derechos del Niño en dicha estrategia/plan? (sí/no)  b) ¿Se tienen en cuenta y se incorporan de forma sistemática las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño en dicha estrategia/plan? (sí/no)  c) ¿Se expresan de manera clara:  i) Los objetivos (sí/no)  ii) Los plazos (sí/no)  iii) La función de los distintos sectores (sí/no)  iv) Los procedimientos para la presentación de informes relativos a dichos objetivos, plazos y funciones (sí/no)  v) El interés superior del niño como principio rector? (sí/no)  d) ¿Se incluyen medidas destinadas expresamente a beneficiar a los grupos vulnerables? (sí/no)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 3 (1), 4, 6 (2) y 24 de la CDN

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
10. En caso de que dicha estrategia/plan exista, ¿se están recopilando suficientes datos pertinentes para evaluar su ejecución, en particular en relación con los grupos vulnerables? (sí/no)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 4, 6 2) y 24 de la CDN
<b>Evaluaciones de los efectos</b>  11. Antes de formular una nueva iniciativa que podría afectar a la salud de los niños, ¿posee el Estado una política para realizar y poner a disposición del público una evaluación de los posibles efectos de dicha iniciativa en la salud de los niños, incluidos los grupos vulnerables? (sí/no)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 4, 6 2) y 24 de la CDN
<b>Vigilancia y rendición de cuentas</b>  12. Además de los mencionados en los indicadores 1 a 11 supra, ¿existen otros mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas eficaces y accesibles que permitan a las comunidades locales pedir cuentas a los funcionarios públicos nacionales y locales en relación con la ejecución de las políticas y programas de salud infantil que les afectan?  a) ¿Hay elecciones libres y limpias, por ejemplo, a las juntas comunitarias de salud? (sí/no)  b) ¿Un órgano internacional establecido en virtud de los tratados de derechos humanos, por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño? (sí/no)  c) ¿Otros?	No	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN; artículo 25 del PDPC; artículos 7 y 14 2) de la CEDAW; artículo 5 a), c) y e) iv) de la CERD
<b>Coordinación</b>  13. ¿Dispone el Gobierno de un mecanismo interdepartamental que se ocupe de examinar periódicamente (al menos dos veces al año) las cuestiones relacionadas con la salud infantil? (sí/no)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
<b>Participación</b>			
<p>14. En el marco de la formulación, aplicación y vigilancia de sus políticas de salud infantil ¿consulta el Gobierno periódicamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una amplia gama de distintos tipos de organizaciones no gubernamentales (sí/no)</li> <li>b) Representantes de una amplia gama de organizaciones de profesionales de la salud (sí/no)</li> <li>c) Las autoridades locales (sí/no)</li> <li>d) Representantes de una amplia gama de grupos vulnerables, incluidos aquellos que viven sumidos en la pobreza (sí/no)</li> </ul> <p>15. ¿Realiza el Gobierno campañas periódicas de difusión de sus políticas de salud infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dirigidas a una amplia gama de organizaciones no gubernamentales (sí/no)</li> <li>b) Dirigidas a una amplia gama de organizaciones de profesionales de la salud (sí/no)</li> <li>c) Dirigidas a las autoridades locales (sí/no)</li> <li>d) A través de medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? (sí/no)</li> </ul>	No	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 del PESC; artículos 12 y 24 de la CDN; artículo 25 del PDCP; artículos 7 y 14 2) a) de la CEDAW; artículo 5 c) y e) iv) de la CERD

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
<p>Asistencia y cooperación internacionales (estos indicadores son para los donantes)</p> <p>16. ¿Incluye el Estado en sus informes al Comité de los Derechos del Niño y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales una extensa y detallada relación de la asistencia y cooperación internacional que presta?</p> <p>(Sí/no/no se aplica porque no se ha ratificado el tratado pertinente)</p>	No	Ministerio de Relaciones Exteriores	Artículos 2 1), 11 1), 12, 15 4), 22 y 23 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 4) de la CDN
<p>17. Cuando un Estado presta asistencia y cooperación internacional a un país receptor, ¿prepara un informe anual sobre cada país en relación con dicha asistencia y cooperación internacional y:</p> <p>a) Lo presenta al Gobierno del país receptor? (sí/no)</p> <p>b) ¿Hace públicos los contenidos del informe en el país receptor? (sí/no)</p> <p>18. ¿Está la política gubernamental de asistencia oficial para el desarrollo basada en los derechos? (sí/no)</p>	No	Ministerio de Relaciones Exteriores	Artículos 2 1) y 11 1), 12, 15 4), 22 y 23 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 4) de la CDN
<i>Indicadores de procesos</i>			
<p>Alimentación de lactantes*</p> <p>19. Proporción de lactantes menores de 12 meses que comenzaron a mamar en el artículos 11 2) y 12 de la espacio de una hora desde el parto</p> <p>20. Proporción de lactantes menores de 4 y de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna</p> <p>21. Proporción de lactantes de entre 12 y 15 meses y 20 y 23 meses de edad que se alimentan de leche materna</p> <p>22. Proporción de lactantes de entre 6 y 9 meses que se alimentan de leche materna y otros complementos alimenticios</p>	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), c), d) y e) de la CDN; artículos 11 2) y 12 de la CEDAW

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
Vitamina A*			
23. Proporción de niños menores de 5 años que han recibido una dosis elevada de suplementos de vitamina A en los últimos seis meses	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 2), 24 2) c) y e) de la CDN
Paludismo*			
24. Proporción de hogares que poseían al menos un mosquitero impregnado con insecticida la noche anterior	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), c) y e) de la CDN
25. Proporción de niños menores de 5 años que durmieron bajo un mosquitero impregnado con insecticida la noche anterior	Sí	Ministerio de Sanidad	Articulo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), c) y e) de la CDN
26. Proporción de niños menores de 5 años que han tenido fiebre en las últimas dos semanas y que han recibido el tratamiento adecuado contra el paludismo dentro de las 24 horas posteriores a la aparición de la fiebre	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), b) y c) de la CDN
Agua, saneamiento e higiene*			
27. Proporción de población que utiliza alguno de los sistemas de abastecimiento de agua potable siguientes: a) Agua corriente en el hogar b) Fuente/toma de agua pública c) Pozo/bomba d) Pozo cubierto e) Manantial protegido f) Agua de lluvia	Sí	Ministerio encargado del abastecimiento de agua y el saneamiento	Artículo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a) y c) de la CDN
28. Proporción de población que utiliza alguno de los servicios de saneamiento siguientes: a) Retrete conectado al sistema de alcantarillado b) Retrete conectado a un tanque séptico c) Letrina de sifón d) Letrina de pozo mejorada e) Letrina de pozo tradicional	Sí	Ministerio encargado del abastecimiento de agua y el saneamiento	Articulo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a) y c) de la CDN

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
<b>Inmunización*</b> 29. Proporción de niños de 1 año protegidos contra el tétanos neonatal mediante la inmunización de la madre 30. Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión 31. Cobertura de la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	Sí	Ministerio de Sanidad  Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a), c) y d) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), b), c) y f) de la CDN  Artículo 12 2) a), c) y d) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), b) y c) de la CDN
<b>Infecciones agudas de las vías respiratorias*</b> 32. Proporción de niños menores de 5 años con síntomas de neumonía que recibieron los antibióticos adecuados  33. Proporción de niños menores de 5 años con síntomas de neumonía trasladados a un centro de salud adecuado en las últimas dos semanas	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a), b) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a) y c) de la CDN
34. Proporción de población que utiliza combustibles sólidos	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) y d) del PESC; artículo 24 2) a), b) y d) de la CDN; artículo 12 2) de la CEDAW
<b>Salud materna*</b> 35. Proporción de partos asistidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeras o comadronas)	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1), 11 1), 12, 154), 22 y 23 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 4) de la CDN
Asistencia y cooperación internacionales (estos indicadores son para donantes)	No	Ministerio de Sanidad  Ministerio de Relaciones Exteriores	
36. Porcentaje de asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud infantil  37. Porcentaje de asistencia oficial para el desarrollo destinada a enfermedades prevenibles mediante vacunación en los países en desarrollo, por ejemplo, mediante el suministro o la financiación de vacunas			
38. Porcentaje de asistencia oficial para el desarrollo destinada a la investigación y el desarrollo para luchar contra las enfermedades que afectan especialmente a los niños en los países en desarrollo			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
<p>Desnutrición*</p> <p>39. Proporción de nacidos vivos con bajo peso (menos de 2.500 gramos)</p> <p>40. Proporción de menores de 5 años con un peso inferior a una desviación estándar de -2 y -3 respecto de la mediana de peso por edad de la población de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias y la Organización Mundial de la Salud</p> <p>Mortalidad*</p> <p>41. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (probabilidad de morir entre el parto y los 5 años de edad por cada 1.000 nacidos vivos)</p> <p>42. Tasa de mortalidad infantil (probabilidad de morir entre el parto y el primer año de edad por cada 1.000 nacidos vivos)</p>	Sí	Ministerio de Sanidad	<p>Artículos 11 y 12 2) a) del PESC; artículos 6 2), 24 2) c) y e) y 27 3) de la CDN</p> <p>Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 y 24 2) a) de la CDN</p> <p>Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 y 24 2) a) de la CDN</p>

**Clave:**

\* Los indicadores señalados con un asterisco provienen de un proceso de consultas interinstitucional, en cuyo marco se está elaborando un conjunto de indicadores básicos de la supervivencia del niño. Aunque tiene algunas preguntas, el Relator Especial no ha revisado los indicadores básicos elaborados en el contexto de este proceso de consultas. En este informe lo emplea en cambio como un instrumento para analizar cómo podrían ser utilizados por un Estado para supervisar la realización progresiva del derecho a la salud en lo que respecta a la supervivencia del niño.

\*\* PESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

CERD: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

CEDAW: Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño.

## **UN EJEMPLO ILUSTRATIVO: CÓMO LOS INDICADORES Y LAS BASES DE REFERENCIA RELATIVOS A LA SUPERVIVENCIA DEL NIÑO PUEDEN AYUDAR A UN ESTADO A SUPERVISAR LA REALIZACIÓN PROGRESIVA DEL DERECHO A LA SALUD**

73. Los indicadores que figuran en el cuadro deberían considerarse como instrumentos que los Estados y otros interesados pueden utilizar para supervisar la realización progresiva del derecho a la salud en relación con la supervivencia del niño.
74. Como se señaló en el informe provisional del Relator Especial, los indicadores de proceso y de evolución son especialmente útiles cuando se utilizan en conjunción con bases de referencia. Por ejemplo, un Estado podría utilizar un indicador de proceso como el relativo a la proporción de partos asistidos por personal de salud calificado (indicador 35). Los datos nacionales podrían indicar que la proporción de partos asistidos por personal de salud calificado es del 60%. El desglose de los datos por zonas urbanas o rurales, podría revelar que aunque la proporción en los centros urbanos es del 70%, en las zonas rurales sólo alcanza el 50%. Al realizar un desglose mayor en función del origen étnico, los datos también podrían indicar que la cobertura en las zonas rurales es desigual: el grupo étnico dominante disfruta de una cobertura del 70% mientras que el grupo étnico minoritario sólo alcanza el 40%. Este ejemplo demuestra la importancia fundamental del desglose de los datos. El indicador desglosado confirma que las mujeres del medio rural del grupo étnico minoritario están particularmente desfavorecidas y necesitan que se les preste una atención especial en relación con el derecho a la salud materna.
75. Atendiendo a la realización progresiva del derecho a la salud, el Estado podría proponerse alcanzar una cobertura nacional uniforme del 70%, tanto en las zonas urbanas como en las rurales y en todos los grupos étnicos, en el plazo de cinco años. Por consiguiente, el indicador de proceso sería la proporción de partos asistidos por personal de salud calificado y la base de referencia o meta sería el 70%. El Estado formulará y pondrá en marcha políticas y programas destinados a alcanzar la base de referencia del 70% en el plazo de cinco años. El derecho a la salud requiere que estas políticas y programas sean participativos. Los datos indican que las políticas y programas deberían estar especialmente orientados al grupo étnico minoritario que reside en las zonas rurales.
76. Se debería hacer un seguimiento anual de los avances logrados en relación con la base de referencia o meta, en función de los cuales podría ser necesario realizar ajustes anuales en las políticas. Al final del quinquenio, será necesario establecer un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas para determinar si se ha alcanzado la base de referencia del 70%. En caso afirmativo, el Estado establecerá una base de referencia más ambiciosa para el quinquenio siguiente, de conformidad con su obligación de realizar progresivamente el derecho a la salud. Pero si no se ha logrado alcanzar la base de referencia del 70% se deberán determinar los motivos del fracaso, dirimir responsabilidades y adoptar medidas correctivas.
77. Es importante señalar que el hecho de que un Estado no alcance la base de referencia, no significa necesariamente que incumpla sus obligaciones internacionales relativas al derecho a la salud. El Estado podría no haber alcanzado la base de referencia por motivos ajenos a su

control. Sin embargo, si el mecanismo de supervisión y rendición de cuentas revela que no se ha alcanzado la base de referencia del 70% debido, por ejemplo, a la corrupción del sector de la salud, probablemente querrá decir que el Estado ha incumplido sus obligaciones internacionales relativas al derecho a la salud.

78. La asistencia y la cooperación internacionales son un componente importante del derecho a la salud. Los donantes tienen la responsabilidad de prestar apoyo financiero y de otra índole a las políticas y los programas de los países en desarrollo relacionados con la supervivencia del niño. Además, se debería pedir cuentas a los donantes en relación con el cumplimiento de su responsabilidad. Por tanto, en lo que se refiere al ejemplo citado en los párrafos anteriores, debería haber un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas que aborde la siguiente cuestión: ¿ha hecho la comunidad de donantes todo lo posible para ayudar al Estado a ejecutar políticas y programas cabales relativos a la supervivencia del niño y alcanzar su base de referencia del 70%?
79. En suma, cuando los indicadores de proceso desglosados, como la proporción de partos asistidos por personal de salud calificado, se utilizan en conjunción con bases de referencia desglosadas pueden ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. Como se señaló en el informe provisional del Relator Especial y en el cuadro del presente informe, los indicadores estructurales y de evolución —al igual que los indicadores de proceso— también desempeñan un papel fundamental. En conjunto, los indicadores estructurales, de proceso y de evolución pueden ayudar a un Estado a determinar qué hay que hacer, qué políticas funcionan y cuándo es necesario hacer ajustes en los programas en relación con el derecho a la salud.

## CONCLUSIONES

80. Este capítulo está dedicado a promover el debate sobre el derecho a la salud, su realización progresiva y los indicadores. Se ha empleado la metodología de indicadores establecida en el informe provisional del Relator Especial y se ha aplicado a la supervivencia del niño, aprovechando el conjunto de indicadores básicos de la supervivencia del niño elaborados en el marco del proceso interinstitucional de consultas en curso. En resumen, el capítulo es en cierto modo experimental y se agradece cualquier observación al respecto.
81. El Relator Especial considera que de este capítulo se desprende una lección importante. En vez de emplear indicadores individuales del derecho a la salud, probablemente sea más útil adoptar un enfoque de salud o derechos humanos en relación con los indicadores. Como se señaló en el párrafo 68 supra, este enfoque tiene varios componentes. En resumen, los indicadores se deben desglosar y en ellos se debe tener en cuenta la estrategia y el plan de acción nacional, la participación, la supervisión y la rendición de cuentas y la asistencia y cooperación internacionales. Además, debe haber una correlación más o menos exacta entre los indicadores sustantivos de la salud y las normas del derecho a la salud.
82. No es posible que un sólo indicador posea todas estas características. Sin embargo, como se ha intentado explicar en este capítulo, es posible adoptar este enfoque, aplicarlo a un aspecto concreto de la salud como la supervivencia del niño y determinar una gama de indicadores estructurales, de proceso y de evolución que en conjunto posean todas estas características. En su conjunto, estos indicadores pueden ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del componente del derecho a la salud relativo a la supervivencia del niño.
83. La elaboración de los indicadores que figuran en el cuadro supra es un proceso en curso.

Por ejemplo, es necesario mejorar los indicadores relativos a la participación, la rendición de cuentas y la asistencia y cooperación internacionales y el Relator Especial desea recabar comentarios al respecto. Por otro lado, ¿existe una correlación lo suficientemente precisa entre los indicadores de salud señalados con un asterisco que se derivan del proceso interinstitucional en curso y las normas del derecho a la salud? Es necesario seguir debatiendo éstas y otras cuestiones.

84. Sin embargo, la aplicación práctica de la metodología relativa a la supervivencia del niño expuesta en el cuadro supra contribuye a mejorar nuestra comprensión del derecho a la salud, su realización progresiva y los indicadores y ha comenzado a demostrar, con ejemplos concretos, las principales características de un enfoque de los indicadores basado en el derecho a la salud o los derechos humanos. El Relator Especial desea recabar comentarios sobre este capítulo a fin de proseguir su labor sobre la salud y los indicadores de manera práctica y acorde con sus principios, con el mayor apoyo posible.

## V. CONCLUSIONES

85. En el presente informe se abordan algunas de las cuestiones que destacó el Relator Especial en su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos.
86. En su informe preliminar el Relator Especial había abordado dos temas relacionados entre sí que ocupan gran parte de su labor: la pobreza y el derecho a la salud; y el estigma de la discriminación y el derecho a la salud. Ambos son temas recurrentes en el presente informe, por ejemplo, en la sección II sobre los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud y en la sección III sobre los pueblos indígenas.
87. En su informe preliminar, el Relator Especial también había señalado que los Estados necesitan indicadores y bases de referencia para supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. En su informe provisional a la Asamblea General, el Relator Especial había descrito una metodología para el empleo de indicadores en relación con el derecho a la salud. En la sección IV del presente informe, aplica esta metodología de manera experimental a un componente fundamental del derecho a la salud, la supervivencia del niño.
88. En resumen, el Relator Especial sigue ocupándose de los temas y las cuestiones tratadas en su informe preliminar y espera continuar dicho proceso en su labor futura.

## Anexo

### Objetivos de desarrollo del Milenio y normas de derechos humanos<sup>a</sup>

<i>Objetivo de desarrollo del Milenio</i>	<i>Normas conexas clave de derechos humanos</i>
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Artículo 25 1) de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículo 11 del PESC
Objetivo 2: Proporcionar enseñanza primaria universal	Artículo 25 1) de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículos 13 y 14 del PESC; artículo 28 1 a) de la CDN; artículo 10 de la CEDAW; artículo 5 e) v) de la CERD
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y potenciar a la mujer	Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; CEDAW; artículo 3 del PESC; artículo 2 de la CDN
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículos 6 y 24 2 a) de la CDN; artículo 12 2 a) del PESC
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículos 10 h), 11 f), 12, 14 b) de la CEDAW; artículo 12 del PESC; artículo 24 2 d) de la CDN; artículo 5 e) iv) de la CERD
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículo 12 del PESC; artículo 24 de la CDN; artículo 12 de la CEDAW; artículo 5 e) iv) de la CERD
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Artículo 25 1) de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículos 11 1) y 12 del PESC; artículo 14 2 h) de la CEDAW; artículo 24 de la CDN; artículo 5 e) iii) de la CERD
Objetivo 8: Asociación mundial para el desarrollo	Artículos 1 3), 55 y 56 de la Carta; artículos 22 y 28 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículos 2 1), 11 1) , 15 4), 22 y 23 del PESC; artículos 4, 24 4) y 28 3) de la CDN

#### Notas

<sup>a</sup>PESC (*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*),

PDCP (*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*),

CERD (*Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*),

CEDAW (*Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*),

CDN (*Convención sobre los Derechos del Niño*).



## Asamblea General

Distr.  
GENERAL

12 de septiembre de 2005

Español  
Original: Inglés

### Sexagésimo período de sesiones

Tema 73 b) del programa provisional\*

Cuestiones relativas a los derechos humanos: cuestiones  
relativas a los derechos humanos, incluidos distintos  
criterios para mejorar el goce efectivo de los derechos  
humanos y las libertades fundamentales

# EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

## NOTA DEL SECRETARIO GENERAL\*\*

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de conformidad con la resolución 2005/24 de la Comisión.

### *Resumen*

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) no sólo requiere el acceso a una atención sanitaria oportuna y adecuada sino también a las condiciones que determinan la salud, como servicios de saneamiento adecuados, agua potable, alimentación, nutrición y vivienda. La Asamblea Mundial de la Salud estableció recientemente, por un período de tres años, una importante comisión, la Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud, para que estudiase las dimensiones sociales de la salud. En la sección II del presente informe se señala la congruencia entre el mandato de la Comisión y la dimensión de los factores determinantes de la salud inherente al derecho a la salud. El Relator Especial espera con interés la interacción con la Comisión para saber cómo se propone integrar el derecho a la salud en su labor.

\* A/60/150.

\*\* Este informe se presenta con retraso a fin de reflejar la mayor cantidad de información actualizada posible.

Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel esencial en la promoción y protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. En la sección III del informe se examina la importancia de la educación de los profesionales de la salud en materia de derechos humanos y se observa que no se presta la debida atención al derecho a la salud y otros derechos humanos en los programas de estudios de las escuelas de medicina y enfermería de todo el mundo. En sus misiones a los países, el Relator Especial seguirá examinando hasta qué punto los profesionales de la salud reciben formación en materia de derechos humanos así como el apoyo que reciben de los Estados y las asociaciones de profesionales de la salud en esta esfera.

La sección más sustantiva del informe versa sobre la migración de los profesionales de la salud, lo que en ocasiones se denomina "éxodo intelectual" o "éxodo de profesionales". Como el Relator Especial subrayó en su último informe a la Asamblea General (A/59/422), la salud ocupa un lugar destacado en los objetivos de desarrollo del Milenio. Si la comunidad internacional se propone seriamente lograr dichos objetivos, debe tomar debidamente en cuenta el fortalecimiento de los sistemas de salud y hacer frente a las condiciones precarias de los profesionales de la salud y al éxodo intelectual. En el mundo actual existe una terrible desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud. El éxodo de intelectuales debe evaluarse en el contexto de la alarmante desigualdad en materia de salud que existe en el plano mundial.

En el informe se esboza el alcance de la migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados y se analizan los factores de atracción y expulsión que contribuyen al éxodo de profesionales. Hay tres grupos de derechos humanos que son particularmente relevantes para el éxodo de profesionales: la libertad de circulación; los derechos laborales; y el derecho a la salud, que engloba el derecho a un sistema de atención eficaz, incluyente y de buena calidad. El informe se centra en el análisis del derecho a la salud, incluso en lo que atañe a la participación, la asistencia, la cooperación internacional y la rendición de cuentas. En especial, se examina el derecho a la salud en relación con los países exportadores de profesionales de la salud.

Tras consignarse una serie de principios rectores, se concluye la sección destacando que si se incorporan los derechos humanos en las políticas nacionales e internacionales teniendo en cuenta el éxodo intelectual es probable que dichas políticas resulten más eficaces, sólidas, equitativas, inclusivas y significativas para las personas que viven sumidas en la pobreza. En la conclusión se analizan brevemente tres posibles respuestas de política al éxodo de profesionales: el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países de origen; la aplicación de prácticas de contratación ética por los países de destino; y la indemnización o reparación. Se sugiere que los países desarrollados establezcan oficinas nacionales independientes para vigilar sus prácticas de cooperación internacional en materia de salud, incluidas las políticas relacionadas con el éxodo intelectual.

## Índice

### I. Introducción

### II.Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud

### III.Los profesionales de la salud y la educación en materia de derechos humanos

### IV.El éxodo intelectual: la migración de los profesionales de la salud

- A. Reconocimiento creciente de que el éxodo intelectual es un problema mundial
- B. Los objetivos de desarrollo del Milenio, los sistemas de salud y los profesionales de la salud
- C. El problema
- D. Causas del éxodo intelectual: factores de atracción y de expulsión
- E. El éxodo intelectual, los derechos humanos y el derecho a la salud
- F. Algunos principios rectores
- G. Conclusión

### V. Conclusión

## I. INTRODUCCIÓN

1. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ("el derecho a la salud") presentó su informe anual (E/CN.4/2005/51 y Add.1 a 4) a la Comisión de Derechos Humanos en su 61º período de sesiones, de conformidad con el mandato establecido en la resolución 2004/27 de la Comisión. En su resolución 2005/24, la Comisión acogió con satisfacción el informe y pidió de nuevo al Relator Especial que le presentase un informe anual, así como un informe provisional a la Asamblea General, sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato. Este informe se presenta en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución 2005/24 de la Comisión.
2. Desde que presentó su informe anual a la Comisión en febrero de 2005, el Relator Especial ha llevado a cabo una misión a Uganda (15 a 25 de marzo), por invitación del Gobierno y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para abordar la cuestión de las enfermedades desatendidas y el derecho a la salud. El informe sobre esta misión se presentará a la Comisión en su 62º período de sesiones. El Relator Especial también ha hecho varios llamamientos urgentes y ha enviado comunicaciones a diversos gobiernos, además de formular declaraciones y publicar comunicados de prensa sobre cuestiones que van desde el derecho a la salud sexual y reproductiva a las repercusiones de los acuerdos comerciales en el acceso a los medicamentos. El Relator Especial informará de esas comunicaciones en su próximo informe anual a la Comisión.
3. El Relator Especial también participó en varias reuniones, incluida la reunión anual de los procedimientos especiales, organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; ha hecho varias consultas con la OMS, incluso con sus directores regionales; asistió a una reunión en Berlín, patrocinada por la OMS y la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, sobre un mayor control de las enfermedades tropicales; y participó en una mesa redonda sobre enfermedades desatendidas, celebrada durante la Asamblea Mundial de la Salud. En febrero asistió a una reunión en Nueva York, organizada por la Ethical Globalization Initiative, para debatir el papel de las empresas farmacéuticas en relación con el derecho a la salud. En abril, el Relator Especial fue el orador principal en una conferencia sobre las enseñanzas extraídas de los enfoques de la cuestión de la salud basados en los derechos humanos, organizada por el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Emory de Atlanta (Estados Unidos de América), en colaboración con la OMS, CARE USA, la oficina de derechos humanos del Centro Carter, los centros de los Estados Unidos de control y prevención de las enfermedades, y Doctores para la Salud Global (DGH). En julio, el Relator Especial se reunió con varios delegados de países en desarrollo ante la Organización Mundial del Comercio (OMC) y otros interlocutores para tratar cuestiones relacionadas con el Modo 4 del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y la migración de profesionales de la salud. También presidió una reunión celebrada en el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex (Reino Unido), con el patrocinio de la Federación Internacional de Organizaciones de Defensa de la Salud y los Derechos Humanos, para examinar las estrategias y prioridades que habría de tener en el futuro el mandato relativo al derecho a la salud.
4. Para facilitar las consultas, todos los informes del Relator Especial a la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos, así como sus comunicados de prensa y una selección de sus discursos e intervenciones sobre el derecho a la salud, se encuentran en el sitio en la Web del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex, <http://www2.essex.ac.uk>.

ac.uk/human\_rights\_centre/rth.shtm. Todos los documentos de las Naciones Unidas relacionados con la labor del Relator Especial, incluidos sus comunicados de prensa e informes a la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos, pueden consultarse en el sitio en la Web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>.

## II. COMISIÓN SOBRE FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD

5. De conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, la realización del derecho a la salud no sólo requiere el acceso a servicios de salud oportunos y apropiados, sino también a las condiciones esenciales que determinan la salud<sup>1</sup>, entre ellas los factores que influyen sobre la salud, como el agua potable y la alimentación, una vivienda y unos servicios de saneamiento adecuados, un medio ambiente y unas condiciones de trabajo saludables, etc. Desde el comienzo de su mandato, y a lo largo de él, el Relator Especial se ha ocupado de estas cuestiones, incluso en el curso de sus misiones a los países<sup>2</sup>.
6. Reconociendo la importancia vital de los factores condicionantes de la salud, la Asamblea Mundial de la Salud estableció recientemente, por un período de tres años, una importante comisión integrada por políticos y profesionales destacados para estudiar las dimensiones sociales de la salud. La Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud se propone traducir los conocimientos sobre salud pública en programas de política nacionales y mundiales prácticos a fin de mejorar la salud y el acceso a la atención sanitaria. En el sitio de la OMS en la Web [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/) se puede obtener información sobre la Comisión. En resumen, la labor de la Comisión consiste, entre otras cosas, en reunir y analizar pruebas científicas de los mecanismos sociales que condicionan la salud y las desigualdades en materia de salud; formular recomendaciones de política para fortalecer el sistema de salud y promover la equidad en este ámbito mediante la adopción de medidas relacionadas con los factores sociales; y fomentar la aplicación de las recomendaciones en los países.
7. Existe una notable congruencia entre el mandato de la Comisión y la dimensión de los factores determinantes de la salud inherentes al derecho a la salud, así como otros derechos humanos relacionados entre sí, como el derecho a tener una vivienda adecuada, alimentación y agua. En otras palabras, el derecho internacional y nacional relativo a los derechos humanos es la base del mandato de la Comisión y, al mismo tiempo, lo fortalece. En una reunión oficial preliminar con varios miembros de la secretaría de la Comisión, el Relator Especial expresó su firme apoyo al importante y ambicioso mandato. Espera con interés nuevos encuentros con la Comisión para saber cómo se propone integrar el derecho a la salud en su labor. Si la Comisión así lo desea, el Relator Especial ofrecerá gustoso todo el apoyo que permitan sus muy limitados recursos.

{ 302 } <sup>1</sup> Por ejemplo, véase el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el apartado c) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>2</sup> Véanse, por ejemplo, los informes del Relator Especial sobre sus misiones al Perú (E/CN.4/2005/51/Add.3) y Rumania (E/CN.4/2005/51/Add.4).

### **III. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS**

8. La labor de los profesionales de la salud influye sobremanera en la promoción y protección de los derechos humanos, en particular el derecho a la salud. En tanto que proveedores de servicios de atención sanitaria, los profesionales de la salud desempeñan una función esencial en la realización del derecho a la salud. Con frecuencia también han desempeñado una función decisiva para ayudar a documentar y reparar violaciones de los derechos humanos, como la violencia y la tortura.
9. Aunque la gran mayoría de los profesionales de la salud han realizado valiosas contribuciones en la esfera de los derechos humanos, algunos han sido cómplices, consciente o inconscientemente, de violaciones de los derechos humanos. Las presiones políticas, legales, económicas, sociales o culturales que pueden estar reñidas con los derechos humanos les obligan en ocasiones a adoptar decisiones en su quehacer diario que tienen graves consecuencias para los derechos humanos. Las opiniones personales de los profesionales de la salud también pueden influir en su labor: a veces, sus opiniones pueden ser incompatibles con los derechos de los pacientes. Por ejemplo, en algunos países, los profesionales de la salud se ven sometidos a presiones institucionales o sociales o adoptan decisiones basadas en sus propias opiniones o creencias para denegar atención a grupos marginados, como los inmigrantes; revelar historiales médicos confidenciales; o no facilitar información sobre salud sexual y reproductiva a mujeres o adolescentes. En ocasiones, los profesionales de la salud también han sufrido presiones para participar en violaciones de los derechos humanos que han incluido la tortura, la esterilización forzosa y la mutilación genital femenina. Las decisiones que adoptan los profesionales de la salud pueden determinar la diferencia entre la protección o la violación de los derechos humanos.
10. En su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial señaló su intención de examinar la función y la responsabilidad de los profesionales de la salud en relación con el derecho a la salud, así como las dificultades a que se enfrentan en este sentido (E/CN.4/2003/58, párrs. 95 a 98). En este capítulo se hacen algunas observaciones preliminares sobre apenas una sola cuestión relacionada con los profesionales de la salud, a saber, la importancia de su educación en materia de derechos humanos.
11. El cumplimiento inadecuado de las normas sobre derechos humanos por los profesionales de la salud suele ser el resultado de circunstancias complejas e interrelacionadas, en particular las presiones políticas y las influencias sociales. Sin embargo, a menudo puede atribuirse en parte a una inadecuada o inexistente formación en materia de derechos humanos<sup>3</sup>. La educación en materia de derechos humanos es un punto de partida fundamental para dotar a los profesionales de la salud de los conocimientos e instrumentos que les permitan promover y proteger los derechos humanos. Al tiempo que les capacita para defender los derechos de sus pacientes, la educación en materia de derechos humanos también desempeña una importante función para ayudar a los profesionales de la salud a defender sus propios derechos humanos.

<sup>3</sup> Véase *A Training Manual of Ethics and Human Rights Standards for Health Care Professionals*, 1999 en Commonwealth Medical Trust (Commat).

12. La importancia de educar a los profesionales de la salud en materia de derechos humanos ha sido ampliamente reconocida por los Estados y las organizaciones que trabajan en la esfera de la salud y los derechos humanos en todo el mundo. En la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993, los Estados reconocieron la importancia que revestía para los profesionales de la salud la educación especial en materia de derechos humanos y derecho humanitario. La Asociación Médica Mundial recomienda encarecidamente que las escuelas de medicina incluyan cursos obligatorios sobre la ética médica y los derechos humanos en sus programas de estudios<sup>4</sup>. El Consejo Intenacional de Enfermeras, en su declaración de posición sobre las enfermeras y los derechos humanos aprobada en 1998, aboga por la inclusión de las cuestiones de derechos humanos y de la función de las enfermeras en todos los niveles de los programas de formación de enfermería<sup>5</sup>. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que los gobiernos vean "por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores de la salud incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género"<sup>6</sup>.
13. En los últimos años se han elaborado excelentes manuales de capacitación y cursos en materia de derechos humanos para profesionales de la salud, algunos de carácter general y otros centrados en cuestiones de derechos humanos relacionadas con la salud en el marco de circunstancias específicas en las que hay un riesgo mayor para los derechos humanos, como es el caso de las cárceles y los servicios de atención de la salud reproductiva, o en las cuestiones de derechos humanos relacionadas con la salud de grupos vulnerables, como los refugiados<sup>7</sup>. Las últimas investigaciones realizadas por la Asociación Médica Británica y la Asociación Médica Mundial también ponen de manifiesto que existe una demanda por parte de los estudiantes de medicina de todo el mundo para aprender más sobre los derechos humanos y la ética durante su formación<sup>8</sup>. El Relator Especial se siente sumamente alentado por estos acontecimientos. Sin embargo, al mismo tiempo le preocupa sobremanera que no se preste atención suficiente al derecho a la salud y otros derechos humanos en los programas de estudios y los libros de texto de las escuelas de medicina y enfermería de todo el mundo. Muchos profesionales de la salud sencillamente no reciben ninguna educación en materia de derechos humanos.
14. Si bien, por lo general, las cuestiones de derechos humanos lamentablemente no están incluidas en la educación que se imparte en las escuelas de medicina y enfermería, muchas escuelas y libros de texto incluyen la enseñanza de la bioética. La bioética y los derechos humanos se basan en valores fundamentales similares. Para su desempeño, los profesionales de la salud encuentran en los marcos bioéticos valiosas directrices morales que, a menudo,

4 Resolución sobre la inclusión de la ética médica y los derechos humanos en los programas de estudios de las escuelas de medicina en todo el mundo, aprobada en la 51a Asamblea General anual de la Asociación Médica Mundial (octubre de 1999).

5 Véase <http://www.icn.ch/pshumrightsdp.htm>.

6 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general No. 24 sobre la mujer y la salud, 1999, apartado f) del párrafo 31.

7 Véase, por ejemplo, Commat, op. cit., *Training Manual on Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals*, 1999; Fundación Johannes Wier, *Health and Human Rights: A Course for Doctors, Nurses, and Paramedics (in Training)*, 1996; J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Commat/AAS, 2004; Asociación Médica Noruega, *Doctors working in Prisons: Human Rights and Ethical Dilemmas*, A Course for Prison Doctors (<http://lupin-nma.net>); Médicos pro Derechos Humanos del Reino Unido, *Medicine and Human Rights Study Module* (<http://phruk.shared-inter.net/module/index.php>). Véanse también los trabajos de las academias internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la salud, bajo la organización de la Federación Internacional de Organizaciones para la Salud y los Derechos Humanos y otras organizaciones en 2004 y 2005, y el curso intensivo anual sobre salud y derechos humanos organizado por el Centro François-Xavier Bagnoud de Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Harvard, y otros.

8 Véase Asociación Médica Británica, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001, pág. 490.

son compatibles con los derechos humanos. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la formación en la bioética. Sin embargo, la educación en materia de derechos humanos también es importante si se desea que los profesionales de la salud estén plenamente equipados para defender los derechos humanos como una tarea importante de su labor profesional. Los derechos humanos están firmemente consagrados en instrumentos jurídicos internacionales y están sujetos a varios mecanismos de vigilancia que prestan especial atención a lo que atañe a la responsabilidad y la no discriminación, así como a la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad. Por tanto, los derechos humanos proporcionan a los profesionales de la salud instrumentos de suma utilidad para promover y proteger los derechos y el bienestar de sus pacientes, así como sus propios derechos humanos.

15. En cierta medida, lo que los profesionales de la salud necesitan saber dependerá del país en que trabajen, así como de su especialización profesional. Como mínimo, todos los profesionales de la salud deberían recibir formación sobre los derechos humanos de los pacientes, incluido su derecho a la salud; los derechos humanos relacionados con la salud de los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños y los discapacitados; y sus propios derechos humanos en lo que respecta a su labor profesional. En la educación en materia de derechos humanos también se deberían incluir en todo momento una serie de consejos prácticos sobre cómo aplicar un enfoque de derechos humanos en la práctica clínica, entre otras cosas, cómo mantener el respeto a la dignidad inherente de todos los pacientes, cómo resistir la presión institucional o social para cometer violaciones, cómo identificar violaciones, cómo facultar a los pacientes o los colegas para defender sus derechos humanos, cómo promover la rendición de cuentas en relación con infracciones presuntas o conocidas y cómo minimizar los riesgos de represalias. Debería proporcionarse educación más especializada en materia de derechos humanos a los profesionales de la salud que trabajen en circunstancias en las que es más probable que se produzcan violaciones de los derechos humanos, o familiarizárselas con los elementos de prueba de infracciones, en particular en servicios de medicina forense, cárceles, servicios de salud mental, servicios de planificación de la familia, situaciones de conflictos armados, o en los contextos de trabajo con comunidades vulnerables.
16. De conformidad con el derecho internacional de derechos humanos, los Estados tienen la obligación primordial de asegurar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por tanto, el Relator Especial subraya que es esencial que los Estados establezcan un entorno propicio para que la comunidad de profesionales de la salud adopte enfoques basados en los derechos humanos. Es particularmente importante que los Estados no coloquen a los profesionales de la salud en situaciones en las que puedan verse obligados a utilizar sus conocimientos para cometer aún peores violaciones de los derechos humanos de sus pacientes, y que establezcan mecanismos de rendición de cuentas para reparar o prevenir violaciones de los derechos humanos en el marco de la práctica clínica. Sin embargo, hay otros actores que también desempeñan una función importante. Las escuelas de medicina y enfermería y otros órganos de formación de los profesionales de la salud deberían integrar la educación y la capacitación en materia de derechos humanos a todos los niveles profesionales. Aprovechando los ejemplos existentes de prácticas eficientes, las asociaciones nacionales de profesionales de la salud deberían concienciar aún más a sus miembros acerca de los derechos humanos y estimular su demanda de educación en esta materia, así como asistir a los profesionales de la salud que se dedican a defender los derechos humanos prestándoles asesoramiento especializado y apoyo institucional. Aunque este capítulo en particular se centra en la educación de los profesionales de la salud en materia de derechos humanos, el Relator Especial desea señalar al mismo tiempo que las facultades de derecho y otras institu-

ciones de formación en derechos humanos deberían incluir en sus programas de estudios el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud.

17. En sus misiones a los países, el Relator Especial recaba, y seguirá recabando, información para determinar si los profesionales de la salud reciben educación en materia de derechos humanos y hasta qué punto los Estados y las asociaciones nacionales de profesionales de la salud les prestan apoyo para promover y proteger los derechos humanos.

## IV. EL ÉXODO INTELECTUAL: LA MIGRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

18. La migración de profesionales de la salud, en particular de médicos y personal de enfermería pero también de parteras, farmacéuticos, dentistas, técnicos y otros, plantea graves problemas en relación con el derecho a la salud.
19. El movimiento de los profesionales de la salud no se produce en una sola dirección, sino en varias. En términos generales, sin embargo, la migración neta ocurre de zonas rurales a zonas urbanas, del sector público al sector privado, de países en desarrollo más pobres a países en desarrollo más ricos, de Estados con situaciones inestables a Estados con situaciones más estables, de países en desarrollo a países desarrollados y de países desarrollados con peores condiciones de empleo en el sector de la salud a países desarrollados con mejores condiciones de empleo en ese sector. A menudo se califica este fenómeno de "éxodo de profesionales" o "éxodo intelectual".
20. Este capítulo se centra en la dimensión internacional del éxodo intelectual, en particular la migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados<sup>9</sup>. El Relator Especial reconoce, sin embargo, la existencia en muchos países de crisis interrelacionadas de migración de zonas rurales a zonas urbanas y del sector público al sector privado que privan a poblaciones rurales pobres de muy necesarios servicios de salud.
21. Aun cuando es bien sabido que el éxodo intelectual plantea problemas en materia de derechos humanos como la libertad de circulación y los derechos laborales de los trabajadores de la salud, la cuestión de cómo repercute este éxodo en el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo de origen pocas veces recibe la atención debida. El presente capítulo se centra fundamentalmente en este aspecto del éxodo intelectual.
22. En el mundo de hoy existe una alarmante desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud. El éxodo intelectual —el empleo por países desarrollados de profesionales de la salud capacitados a expensas de los países en desarrollo que tanta necesidad tienen de ellos— hace más profunda esta desigualdad en materia de salud a nivel mundial. Las políticas orientadas a contener el éxodo intelectual deben tratar de resolver, de manera sistemática y coordinada, el problema de la desigualdad en materia de salud a nivel mundial<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> En este informe, el Relator Especial se basó especialmente en las investigaciones sobre el éxodo intelectual en determinados países y regiones, en particular el África al sur del Sáhara, el Reino Unido y los Estados Unidos. En el informe se destaca, sin embargo, que el éxodo intelectual es un problema mundial que no se limita a estas regiones y países de origen y destino.

<sup>10</sup> K. Mensah, M. Mackintosh y L. Henry: "The 'Skills Drain' of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation", Medact, 2005, pág. 5.

## A. RECONOCIMIENTO CRECIENTE DE QUE EL ÉXODO INTELECTUAL ES UN PROBLEMA MUNDIAL

23. En la actualidad se reconoce ampliamente la necesidad de buscar soluciones al problema del éxodo intelectual. En 2004 y 2005, por ejemplo, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó sendas resoluciones en las que se reconocía que la migración y la contratación de personal de la salud de los países en desarrollo en los países desarrollados significaba un gran reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo<sup>11</sup>. Además, existe una amplia y creciente bibliografía sobre las causas y consecuencias del éxodo intelectual en el sector de la salud<sup>12</sup>.
24. Por otro lado, el éxodo intelectual está comenzando a generar interés en los medios de difusión y preocupación en el público. Con anterioridad a la celebración de la Cumbre del Grupo de los Ocho (G-8) en Gleneagles (Escocia), en julio de 2005, por ejemplo, apareció en el Financial Times de Londres un gran anuncio bajo el titular “How Long Will the Poorest Countries Train Health Workers for the Richest?” (¿Hasta cuándo capacitarán los países más pobres a personal de la salud para los países más ricos?)<sup>13</sup>. En la Cumbre, los líderes del Grupo de los Ocho se comprometieron a invertir en la mejora de los sistemas de salud en colaboración con los gobiernos africanos, en particular, ayudando a los países de África a capacitar y retener a profesionales de la salud<sup>14</sup>. Esos compromisos se deben llevar a la práctica, ampliar y supervisar, tema sobre el que se vuelve en la conclusión de este capítulo.

## B. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

25. En el informe presentado a la Asamblea General en su quincuagésimo noveno período de sesiones (A/59/422), el Relator Especial subrayó la importancia que se daba a la salud en los objetivos de desarrollo del Milenio. En el informe se indicaba de qué manera el derecho a la salud reforzaba los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud y podía contribuir a su consecución.
26. El derecho a la salud requiere el desarrollo de sistemas de salud de buena calidad que sean eficaces e inclusivos, precisamente lo que se necesita para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Por su parte, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas subraya constantemente la importancia de crear sistemas de salud que provean acceso universal a los servicios básicos de salud —por ejemplo, Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los objetivos de desarrollo del Milenio, así como el persuasivo informe del equi-

11 Resoluciones WHA57.19 y WHA58.17, *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries*.

12 Véase, por ejemplo, O. Adams and B. Stilwell, *Health Professionals and Migration*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 8, agosto de 2004, pág. 560; L. Chen et al. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, The Lancet, vol. 364, 27 de noviembre de 2004, págs. 1984-1990; EQUINET, *Health Systems Trust and Medact, Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain*, 2003; Joint Learning Initiative (JLI), *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, 2004; Menash, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10; Physicians for Human Rights (PHR) (Médicos pro Derechos Humanos), *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, 2004; A. Willett y T. Martineau, *Ethical International Recruitment of Health Professionals: Will Codes of Conduct Protect Developing Country Health Systems?* 2004; J. Bueno de Mesquita y M. Gordon, *The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis*, Medact, 2005; OMS, *International Migration, Health and Human Rights*, 2003.

13 Anuncio patrocinado por Médicos en pro de los Derechos Humanos. Véase también “Medical staff quit for the West, leaving Africa's health servicem in crisis”, The Independent, 27 de mayo de 2005.

14 Cumbre del Grupo de los Ocho (G-8), “Statement on Africa (Africa: A Historic Opportunity)”, Gleneagles (Escocia), 8 de julio de 2005.

po de tareas Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children.

27. Fundamentalmente, la eficacia de los sistemas de salud depende de los profesionales de la salud. Sin embargo, muchos sistemas de salud enfrentan una crisis de recursos humanos. En numerosos países, los trabajadores de la salud se encuentran en "una precaria situación"<sup>15</sup>. La epidemia del VIH/SIDA aumenta la carga de trabajo, causando la enfermedad y la muerte de los trabajadores de la salud y estigmatizando a quienes cuidan de los pacientes. Muchos sistemas de salud han sido descuidados y sufren de más de dos décadas de subinversión. El éxodo intelectual afecta con particular intensidad a muchos países en desarrollo, sobre todo del África al sur del Sáhara.
28. Por esas y otras razones, existe "un déficit masivo de trabajadores de la salud a nivel mundial", equivalente a unos 4 millones de profesionales de ese sector<sup>16</sup>. A juicio de los expertos, para que los países al sur del Sáhara se acerquen a las metas planteadas en los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud, deberán triplicar su actual fuerza de trabajo en el sector de la salud mediante la incorporación de 1 millón de profesionales<sup>17</sup>. En pocas palabras, si de verdad se quiere lograr los objetivos, la comunidad internacional debe ocuparse seriamente de los sistemas de salud, los profesionales de la salud y del éxodo intelectual.
29. La dimensión del éxodo intelectual de que trata fundamentalmente este informe, a saber la migración de los profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados, es un asunto a la vez complejo y multifacético. Se trata de un fenómeno que adopta formas diferentes en cada país; además, puede variar la forma en que se manifiesta en diferentes regiones del mismo país. El Relator Especial reconoce que la migración de los profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados puede tener efectos positivos, no sólo para los propios migrantes sino también para los países en desarrollo. En caso de regresar, por ejemplo, los migrantes pueden usar la experiencia profesional que han adquirido en el extranjero para hacer una mejor contribución a los sistemas de salud de sus países de origen. En algunos casos, las remesas de los migrantes contribuyen de manera fundamental a la economía de los países de origen, aunque es de destacar que ello no significa que se inviertan esos fondos en los sistemas de salud de esos países.
30. Se han sugerido, y a veces aplicado, numerosas medidas normativas en respuesta a los efectos negativos del éxodo de personal capacitado. El objetivo de este capítulo no es examinar en detalle esas opciones normativas, si bien se examinan brevemente algunas de ellas. En lugar de ello, el objetivo del capítulo es más modesto: presentar una breve introducción al tema del éxodo intelectual desde el punto de vista del derecho a la salud y poner de relieve que dicho éxodo es una grave amenaza al derecho a la salud, particularmente para quienes viven en la pobreza en sus países de origen<sup>18</sup>.

## C. EL PROBLEMA

31. Los profesionales de la salud tienden a migrar de regiones o países más pobres a regiones o países más ricos. Los países de origen de la migración internacional son en su mayoría países de África, el Caribe, Asia sudoriental y Asia meridional, cuyos trabajadores migran con desti-

<sup>15</sup> Médicos pro Derechos Humanos, *op. cit.* en la nota 12, pág. vii. En su informe *Who's Got the Power?*, págs. 120-123, el Equipo del Proyecto del Milenio sobre la salud de los niños y las madres hace un análisis similar.

<sup>16</sup> Chen et al., *op. cit.* en la nota 12, pág. 1985.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Para un examen más detallado de la cuestión del éxodo intelectual desde el punto de vista de los derechos humanos, véanse en particular Bueno de Mesquita y Gordon, Médicos pro Derechos Humanos y OMS, *op. cit.* en la nota 12.

no a Australia, los Estados Unidos de América, el Reino Unido, el Canadá, Francia y Bélgica<sup>19</sup>.

32. El problema es más agudo para los países de origen con una baja densidad de profesionales de la salud, o con sectores de la salud que no cuentan con personal suficiente, en particular los países del África al sur del Sáhara. En Malawi, solamente han sido cubiertas 1.842 de las 6.620 plazas existentes para personal de enfermería<sup>20</sup>. Treinta y cuatro países, en su mayoría del África al sur del Sáhara, cuentan con menos de diez médicos por cada 100.000 habitantes<sup>21</sup>. Esto contrasta con densidades mucho más altas en países de altos ingresos. Los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos tienen una media de unos 222 médicos por cada 100.000 habitantes<sup>22</sup>. En el África al sur del Sáhara hay una décima parte del personal de enfermería y los médicos que hay en los países de Europa<sup>23</sup>.
33. Las diferencias son enormes también entre las zonas rurales y urbanas. En Ghana, por ejemplo, más del 85% de los médicos generalistas trabajan en zonas urbanas, a pesar de que el 66% de la población vive en zonas rurales. En Bangladesh, en los centros metropolitanos vive sólo el 15% de la población, pero allí se concentra el 35% de los médicos y el 30% del personal de enfermería<sup>24</sup>.
34. Aun así, los profesionales de la salud de los países en desarrollo, incluidos los países del África al sur del Sáhara, migran en número cada vez mayor en busca de empleo en los países en desarrollo. La Asociación de Médicos Sudafricana estima que al menos 5.000 médicos de ese país se han establecido en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos, el Canadá, el Reino Unido y Australia<sup>25</sup>. Se estima que cada año entre el 30% y el 50% de los graduados de las escuelas de medicina abandonan Sudáfrica para marcharse a los Estados Unidos y el Reino Unido. En 1999, Ghana perdió más personal de enfermería del que había capacitado. Entre 1998-1999 y 2001-2002 se produjo en el Reino Unido un aumento espectacular del número de enfermeros registrados de Zimbabwe (de 52 a 368) y de Malawi (de 1 a 75)<sup>26</sup>. También se han visto afectados otros países. Por ejemplo, durante el decenio de 1990, dos tercios del personal de enfermería de Jamaica se marchó del país en forma definitiva<sup>27</sup>.
35. La pérdida de profesionales de la salud es particularmente aguda en los países de habla inglesa. En Francia (país cuya lengua también es de amplio uso en la formación del personal médico) sólo el 5% de los médicos en ejercicio se titularon en el extranjero<sup>28</sup>. En el Canadá, los Estados Unidos y Australia, más del 20% de los médicos obtuvieron su título en el extranjero, mientras que en el Reino Unido y Nueva Zelanda la cifra asciende a más del 30%<sup>29</sup>.

## D. CAUSAS DEL ÉXODO INTELECTUAL: FACTORES DE ATRACCIÓN Y DE EXPULSIÓN

36. Las complejas y diversas causas de la migración de los profesionales de la salud a menudo

19 JLI, *op. cit.* en la nota 12.

20 J.-M. Aitken y J. Kemp, *HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa*, EQUINET and Oxfam, 2003, pág. 20.

21 WHO Global Health Atlas, <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>. Datos de 2004.

22 Médicos pro Derechos Humanos, *op. cit.* en la nota 12.

23 Chen et al., *op. cit.* en la nota 12.

24 JLI, *op. cit.* en la nota 12.

25 South Africa: Government wakes up to flight of health workers, IRIN, 14 de mayo de 2002.

26 Médicos pro Derechos Humanos, *op. cit.* en la nota 12.

27 Bueno de Mesquita y Gordon, *op. cit.* en la nota 12.

28 J. Eastwood et al., "Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK", *The Lancet*, vol. 365, número 9474, 28 de mayo de 2005.

29 JLI, *op. cit.* en la nota 12.

se relacionan con los llamados factores atracción y de expulsión. Muchos de esos factores están estrechamente vinculados con las desigualdades existentes entre los países y dentro de cada país.

37. Entre los factores de expulsión a menudo figuran las condiciones de empleo, como una remuneración baja; estructuras de sueldos injustos; largas jornadas de trabajo; ambientes de trabajo con riesgos; mala gestión del personal de la salud, así como sistemas de salud frágiles en que los profesionales del sector a menudo carecen de medicamentos, equipo y suministros que les permitan ayudar a los pacientes. En muchos países, particularmente del África al sur del Sáhara, el VIH/SIDA es una pesada carga para la fuerza de trabajo que aumenta el número de pacientes, disminuyendo los recursos humanos donde el personal de la salud ha fallecido o se ha enfermado a causa del VIH/SIDA y crea responsabilidades adicionales para los profesionales de la salud que deben cuidar de sus familiares. La escasez de profesionales de la salud aumenta las presiones sobre el personal. La falta de capacitación y de oportunidades profesionales también da lugar a la migración de los trabajadores de la salud. Muchos de estos problemas golpean con particular severidad a los sistemas de salud que no disponen de suficientes recursos.
38. Entre otros factores de expulsión, en su mayor parte ajenos al sistema de salud, se cuentan los abusos de los derechos civiles y políticos, la falta de seguridad, así como la pobre atención educativa y los bajos niveles de vida.
39. Los factores de atracción son de naturaleza opuesta a la de muchos de los factores de expulsión: mejores sueldos; mejores perspectivas profesionales o educacionales; mejores condiciones de trabajo y una situación política y económica estable en los países de destino. Algunos profesionales de la salud que han emigrado manifiestan que las restricciones inmigratorias dificultan viajar entre sus países de origen y de destino. Un importante factor de atracción es la demanda en los países desarrollados en los que el número de trabajadores de la salud no alcanza para satisfacer las necesidades de atención a la salud que se derivan de las bajas tasas de retención, la escasez de profesionales de la salud que reciben capacitación y una demanda creciente de servicios de atención. Se estima que para 2020 los Estados Unidos tendrán un déficit de entre 85,000 y 200,000 médicos y posiblemente de más de 800,000 enfermeros<sup>30</sup>. Se estima asimismo que para 2008, Gran Bretaña necesitará 25,000 doctores y 250,000 enfermeros más que en 1997<sup>31</sup>.
40. Las corrientes migratorias obedecen también a muchos otros factores. La integración internacional y la comercialización de los servicios de salud han dado nuevas oportunidades a los trabajadores de la salud para buscar empleo fuera de sus países de origen y en el sector privado<sup>32</sup>. Los avances registrados en las telecomunicaciones han permitido a los profesionales de la salud cobrar mayor conciencia de oportunidades que se les ofrecen en el extranjero. Otro factor importante es el trabajo de las agencias que contratan personal en gran escala (por ejemplo, grupos de 20, 50 y 100 enfermeros a la vez) en los países en desarrollo y a menudo facilitan el proceso de migración<sup>33</sup>. La obtención de préstamos, que facilita el proceso de migración también está cada vez más al alcance de los migrantes. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios puede facilitar o conducir a un incremento de la migración de

30 Véase "Medical miscalculation creates doctor shortage", USA Today, 3 de febrero de 2005; United States Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis, Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses: 2000-2020, 2002.

31 Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action, documento de antecedentes presentado en el segundo Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2 a 3 de diciembre de 2004.

32 Mensah, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10.

33 Médicos pro Derechos Humanos, op. cit. en la nota 12.

los profesionales de la salud en el futuro<sup>34</sup>.

## E. EL ÉXODO INTELECTUAL, LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD

41. En términos generales, hay tres grupos de derechos humanos que revisten particular importancia para el aspecto del éxodo intelectual en que se centra este capítulo, a saber, la migración de profesionales de la salud de los países en desarrollo a los países desarrollados:
  - a) El derecho de todas las personas a la libertad de circulación, así como la libertad de salir de cualquier país, incluso del propio;
  - b) Los derechos laborales, es decir, el derecho al trabajo y los derechos en el trabajo;
  - c) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que incluye el derecho a acceder a un sistema de salud de buena calidad que sea eficaz e inclusivo.
42. En el contexto del presente análisis, a) y b) revisten particular importancia para los profesionales de la salud. Es importante destacar que c) tiene una especial relevancia para los individuos y las comunidades en los países de origen y de destino.
43. El código internacional de derechos humanos, se refiere a algunas características fundamentales que son parte integrante de uno o más de estos grupos de derechos humanos: la no discriminación, la participación, la asistencia y la cooperación internacionales y la rendición de cuentas. Además, existen otros derechos que son importantes para el éxodo intelectual, como el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a la educación.
44. Por diversas razones, una de las principales de las cuales es el ámbito del mandato del Relator Especial, el siguiente análisis se centra en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (véase c) más arriba), además de abarcar aspectos generales fundamentales de los derechos humanos, como la no discriminación, la participación, la asistencia y la cooperación internacionales y la rendición de cuentas<sup>35</sup>.
45. Como se señaló anteriormente, el éxodo intelectual repercute en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud tanto en los países de origen como en los países de destino. En el contexto que se examina, sin embargo, el Relator Especial destaca la manera en que repercute el éxodo intelectual en el derecho a la salud en los países en desarrollo de origen. De acuerdo con su experiencia, en esos países es menos probable que se escuchen las voces de individuos y comunidades, cuyos derechos humanos son muy a menudo ignorados. Por consiguiente, prestará especial atención al derecho a la salud de individuos y comunidades en los países en desarrollo de origen.

### 1. Libertad de circulación

46. Las normas internacionales en materia de derechos humanos reconocen el derecho de todas las personas a la libertad de circulación, así como el derecho a salir de cualquier país, incluso del propio<sup>36</sup>. En otras palabras, los profesionales de la salud tienen derecho a salir de su país si así lo desean. Muchos profesionales de la salud ejercen este derecho con miras a vivir y

34 Cabe señalar que el modo 4 en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios tiene como objetivo facilitar la migración temporal. Eastwood et al., op. cit. en la nota 28.

35 Todos estos aspectos generales fundamentales se examinan por separado más adelante, excepto la discriminación, cuyo análisis se hace a lo largo del texto.

36 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 12.

trabajar en un entorno que les permita disfrutar de sus otros derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.

## 2. Derechos laborales

47. La existencia de condiciones de empleo deficientes es una de las principales causas de la migración de profesionales de la salud. Sin embargo, si bien a menudo la migración ayuda a los profesionales de la salud a mejorar sus condiciones de empleo y a disfrutar de otros derechos humanos, a veces la migración repercute de manera negativa en los derechos laborales de algunos migrantes.
48. Las agencias de contratación de personal pueden aprovecharse de las expectativas poco realistas de los profesionales de la salud en relación con el alcance y la naturaleza de las oportunidades de trabajo en el extranjero<sup>37</sup>, y también pueden reforzar esas expectativas. En ocasiones hay empleadores inescrupulosos que retienen o confiscan los documentos de identidad de los migrantes. Existen pruebas de discriminación contra los trabajadores de la salud migrantes en relación con sus oportunidades profesionales<sup>38</sup>. Muchos de los profesionales de la salud que migran son mujeres que deben hacer frente a la discriminación por motivo de género, así como de origen nacional, raza, origen étnico y situación migratoria.
49. Los derechos de los migrantes al trabajo están firmemente consagrados en numerosos convenios internacionales en materia laboral, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias y otros instrumentos internacionales.

## 3. El derecho a la salud

50. El alcance del derecho a la salud se estudia ampliamente en el derecho internacional y nacional. En sus diversos informes, el Relator Especial ha comenzado a examinar ese derecho en sus dos ámbitos y la práctica correspondiente. No reiterará ese examen en el presente informe, pero se referirá brevemente al derecho a la salud para facilitar la consulta.
51. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada en 1946, reconoce el derecho fundamental de toda persona a la salud. Dos años más tarde, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se sentaron las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. Desde entonces, este derecho se ha codificado en muchos tratados de derechos humanos vinculantes, internacionales y regionales. En la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los Estados excepto dos, se ha hecho el análisis más extenso de este derecho que figura en un tratado. Además, esos tratados vinculantes están comenzando a generar jurisprudencia y doctrina que aclaran el contenido del derecho a la salud que, a su vez, está consagrado en numerosas constituciones nacionales: más de 100 disposiciones constitucionales incluyen el derecho a la salud y a la atención de la salud, o derechos conexos como el derecho a un ambiente saludable. Por otro lado, en algunas jurisdicciones las disposiciones constitucionales sobre el derecho a la salud han generado una importante jurisprudencia, como la causa judicial entablada ante el Tribunal Constitucional de Sudáfrica por el Ministro de Salud y otros contra la Campaña de tratamiento y otros<sup>39</sup>.
52. Como se ha mencionado antes, el derecho a la salud incluye el derecho a la atención de la

37 “Abused, threatened and trapped: Britain’s foreign ‘slave nurses’”, *The Guardian*, 29 de mayo de 2001; *Foreign Doctors*, BBC News Online, United Kingdom edition, 8 de septiembre de 2004.

38 K. Decker, *Overseas Doctors: Past and Present*, en *Racism in Medicine: An Agenda for Change*, N. Coker (ed.), King’s Fund, 2001; D. Singh, “Racism rife in the medical profession; BMA reports says”, *British Medical Journal*, vol. 326, 28 de junio de 2003, pág. 1418.

39 Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 8/02, fallo dictado el 5 de julio de 2002.

salud y, aún más, abarca el agua potable, el saneamiento adecuado y el acceso a información relacionada con la salud, incluso sobre salud sexual y reproductiva. Incluye libertades también, por ejemplo, la libertad de la esterilización involuntaria y de la discriminación en los programas y servicios de salud. Incluye igualmente otros aspectos, como el derecho a un sistema de protección de la salud. El derecho a la salud comprende numerosos elementos, como la salud infantil, la salud materna y el acceso a los medicamentos esenciales. Como otros derechos humanos, se aplica especialmente a las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en la pobreza, y requiere un sistema de atención eficaz e inclusivo de buena calidad.

53. Aunque el disfrute del derecho a la salud se alcanza gradualmente y depende de la disponibilidad de recursos, impone ciertas obligaciones de efecto inmediato, como la no discriminación. Se requieren indicadores y puntos de referencia para vigilar la realización progresiva del derecho. También es esencial la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de las decisiones que afecten a su salud. En el derecho internacional relativo a los derechos humanos se establecen algunas responsabilidades de los Estados desarrollados en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países pobres. Como este derecho origina otros derechos y obligaciones, se requieren mecanismos eficaces de rendición de cuentas.
54. Evidentemente, es imposible realizar una dimensión esencial del derecho a la salud —establecer un sistema de salud eficaz e incluyente de buena calidad— si no se cuenta con un número mínimo de profesionales de la salud.
55. Algunos hechos y cifras importantes ya se han mencionado y no van a repetirse aquí. En algunas zonas de determinados países, apenas funciona la forma más rudimentaria posible del sistema de salud y en los lugares donde funcionan, algunos sistemas, en realidad son inaccesibles para millones de personas que viven en la pobreza. No obstante, en algunos de esos países los profesionales de la salud reciben capacitación a expensas de un gasto público considerable, y luego se van a trabajar a países que gozan ya de los mejores sistemas de salud del mundo. En otras palabras, en algunos países el éxodo intelectual contribuye a convertir una crisis de salud en una catástrofe sanitaria.
56. En sus informes anteriores, el Relator Especial ha descrito los elementos del derecho a la salud de la misma manera a fin de hacerlos más comprensibles. Ha aplicado ese planteamiento común al derecho a la salud sexual y reproductiva (véase E/CN.4/2004/49) y a la discapacidad mental (véase E/CN.4/2005/51). Por ejemplo, una parte del planteamiento común es considerar el derecho a la salud como un conjunto de bienes, instalaciones y servicios sanitarios que deben estar disponibles en un país y ser asequibles, aceptables y de buena calidad. La aplicación de ese aspecto del planteamiento al éxodo intelectual, significa que un Estado debe garantizar que haya un número suficiente de profesionales de la salud en el país, que sus servicios sean asequibles para todos, incluso los que viven en la pobreza en las zonas rurales, y que se presten servicios de buena calidad y de manera aceptable desde el punto de vista cultural.

#### a) Participación

57. La participación es un rasgo integrante del derecho a la salud. Entraña la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de decisiones que les afecten, incluidas las relativas a la salud, como las que repercuten en el éxodo intelectual. En otras palabras, en el contexto del derecho a la salud no sólo reviste importan-

cia lograr objetivos relacionados con la salud, sino también tener en cuenta los procesos por los que éstos se logran.

58. En relación con la formulación de políticas que afectan al éxodo intelectual, hay que tratar de conseguir la participación de todos los interesados, incluidos los profesionales de la salud (por ejemplo, los que han migrado, los que pueden migrar y los que se quedan), así como los usuarios del sistema de salud en los países de origen. Dicha participación probablemente dependa de las organizaciones que representan a los interesados, como las asociaciones de los profesionales de la salud y los grupos de pacientes.

#### b) Asistencia y cooperación internacionales

59. Además de las obligaciones en el plano nacional, los Estados tienen la responsabilidad, que dimana, entre otras cosas, de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de adoptar medidas de asistencia y cooperación internacionales para la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. Esta responsabilidad, que incumbe especialmente a los países desarrollados, se hace patente también en el contexto de los compromisos contraídos en las últimas conferencias mundiales, incluida la Cumbre del Milenio, y en el objetivo de desarrollo del Milenio 8 (véase A/59/422).
60. Al igual que sucede con otros derechos humanos y responsabilidades, aún no se han establecido claramente los parámetros de la asistencia y cooperación internacionales. Sin embargo, como se pone de manifiesto en los párrafos siguientes, dicha asistencia y cooperación no significan únicamente que los países desarrollados pongan fondos a disposición de los países en desarrollo. En el contexto del derecho a la salud y el éxodo intelectual, la responsabilidad en materia de derechos humanos de prestar asistencia y cooperación internacionales conlleva distintas dimensiones, que se describen a continuación.
61. En primer lugar, los países desarrollados deberían respetar el derecho a la salud de los países en desarrollo. Por ejemplo, deberían garantizar que sus políticas de recursos humanos no ponen en peligro el derecho a la salud de éstos. Si un país desarrollado contrata sistemáticamente profesionales de la salud de un país en desarrollo donde hay escasez de dichos profesionales de modo que esa contratación reduce la capacidad del país en desarrollo de cumplir las obligaciones relativas al derecho a la salud que tiene con respecto a sus ciudadanos, hay indicios suficientes para considerar que el país desarrollado está incumpliendo su responsabilidad en materia de derechos humanos de prestar asistencia y cooperación internacionales en el contexto del derecho a la salud. Algunos países han formulado políticas en las que se refleja ese principio<sup>40</sup>.
62. En segundo lugar, los Estados deberían adoptar todas las medidas razonables para impedir a terceros que pongan en peligro el disfrute del derecho a la salud en otros países, en la medida en que puedan influir sobre esos terceros por medios jurídicos o políticos<sup>41</sup>. Por ejemplo, los Estados deberían regular las actividades de las empresas privadas de contratación que funcionan en el plano internacional a fin de que las contrataciones no reduzcan la capacidad de los países en desarrollo de cumplir las obligaciones que tienen con respecto al derecho a la salud para quienes viven en su jurisdicción.

<sup>40</sup> Véase, por ejemplo, el Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales de la salud del Departamento de Salud del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, 2004; para un examen del Código, véanse párrs. 78 a 80 *infra*.

<sup>41</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general número 14, párr. 39.

63. En tercer lugar, los Estados deberían asegurar que se preste la debida atención al derecho a la salud cuando se elaboren y apliquen acuerdos internacionales, por ejemplo, al negociar los compromisos previstos en el modo 4 del marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (que se refiere, entre otras cosas, a los profesionales de la salud que van temporalmente a otro país para prestar servicios sanitarios). En un informe anterior, el Relator Especial observaba que, si el aumento del comercio de servicios diera lugar a instalaciones, bienes y servicios sanitarios de calidad inferior a la norma, ello constituiría indicio suficiente de una actitud inconsecuente con el derecho a la salud (E/CN.4/2004/49/Add.1, párr. 49). Si un Estado opta por la liberación del comercio, incluso en relación con los servicios, debe seleccionar el modo, el ritmo y el orden de dicha liberalización a fin de facilitar al máximo la realización gradual del derecho de todos a la salud, incluso los que viven en la pobreza y otros grupos desfavorecidos (*ibid.*, párr. 30 y 46 a 56). La forma, el ritmo y el orden de la liberalización deberían seleccionarse en función de la evaluación que se haga de sus consecuencias sobre el derecho a la salud. De ese modo podría revisarse, en caso necesario, un proyecto de compromiso en virtud del modo 4, de manera que no redundara en perjuicio del derecho de todos a la salud. De conformidad con su responsabilidad de prestar asistencia y cooperación internacionales, los Estados desarrollados no deberían presionar indebidamente a los países en desarrollo para que contrajeran compromisos en virtud del modo 4 que fueran incompatibles con las obligaciones que éstos tienen con respecto al derecho a la salud.
64. En cuarto lugar, en función de la disponibilidad de recursos, los Estados deberían prestar ayuda a los países en desarrollo para facilitar el acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios esenciales, especialmente de las personas que viven en la pobreza y otros grupos desfavorecidos. Las políticas de ayuda deberían incluir apoyo a los recursos humanos en el sector de la salud.
65. No obstante, la idea central es que resulta engañoso que los países desarrollados presten asistencia para el desarrollo, el alivio de la deuda y otras formas de asistencia y cooperación internacionales a los países en desarrollo si, al mismo tiempo, contratan a profesionales de la salud que se han formado a expensas de los países en desarrollo de donde proceden y en los que son extremadamente necesarios. ¿Qué sentido tiene dar con una mano y quitar con la otra?

### c) Rendición de cuentas

66. Los instrumentos internacionales de derechos humanos potencian la capacidad de las personas y las comunidades otorgándoles derechos e imponiendo obligaciones jurídicas a otras partes. Es fundamental que los derechos y las obligaciones conlleven la rendición de cuentas: si no van acompañados de un sistema de rendición de cuentas, podrían convertirse en meras apariencias. En consecuencia, el enfoque del derecho a la salud basado en los derechos humanos pone de relieve las obligaciones y exige que todos los que las tienen rindan cuenta de su conducta.
67. Con demasiada frecuencia, la expresión “rendición de cuentas” se utiliza en el sentido de culpa y castigo<sup>42</sup>. Pero esta interpretación del término es muy limitada. Un mecanismo de rendición de cuentas respecto del derecho a la salud establece qué políticas e instituciones de salud están dando buenos resultados y cuáles no, y por qué, y tiene por objeto mejorar la realización del derecho a la salud. Un mecanismo de rendición de cuentas de esa índole

<sup>42</sup> Véase L. P. Freedman, “Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82, 2003, págs. 111 a 114.

debe ser eficaz, transparente y accesible<sup>43</sup>.

68. En el ámbito del éxodo intelectual, se necesitan mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales acerca del cumplimiento de las diversas obligaciones en materia de derechos humanos que tienen los diversos actores. Por ejemplo, debería haber mecanismos nacionales que supervisaran la realización de los derechos humanos de los profesionales de la salud en sus países de origen. En los países de destino debería haber mecanismos nacionales que vigilaran la realización de los derechos humanos de los profesionales de la salud, incluidos los migrantes. Además, los mecanismos de rendición de cuentas internacionales, como los órganos creados envirtud de tratados, deberían examinar la situación de los derechos humanos de los profesionales de la salud en los países de origen y de destino.
69. No obstante, esos mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales no sólo deberían abarcar los derechos humanos de los profesionales de la salud, sino que deberían analizar también las consecuencias del éxodo intelectual para los sistemas de salud correspondientes. En otras palabras, los mecanismos deberían examinar las consecuencias de dicho éxodo para el disfrute del derecho a la salud de las personas y las comunidades tanto en los países de origen como en los de destino. Es necesario elaborar indicadores y referencias para seguir de cerca las dimensiones del derecho a la salud que entraña el éxodo intelectual, incluidas las responsabilidades de los países de origen y de destino (en relación con el planteamiento de esa cuestión por el Relator Especial, véanse A/58/427 y A/59/422).
70. Sobre este particular, hay que destacar un punto importante. Desde hace mucho tiempo los países en desarrollo tienen la impresión de que los acuerdos en materia de rendición de cuentas no son equilibrados y se aplican principalmente a ellos, en tanto que los países desarrollados escapan a ese examen cuando incumplen sus promesas y compromisos internacionales, que son fundamentales para los países en desarrollo<sup>44</sup>.
71. Con respecto a la responsabilidad que tienen los países desarrollados de prestar asistencia y cooperación internacionales, no cabe duda de que los mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales siguen siendo frágiles. Por ejemplo, hay pocos mecanismos nacionales o internacionales (en caso de haber alguno) que presten atención suficiente a las repercusiones que tienen las políticas de un país desarrollado en el éxodo intelectual y sus efectos en el disfrute del derecho a la salud en los países de origen. Esta situación es inaceptable, porque los derechos humanos requieren mecanismos de rendición de cuentas eficaces, transparentes y accesibles con respecto a la responsabilidad de todos los actores en ese ámbito.
72. En la conclusión del presente capítulo, el Relator Especial plantea una propuesta modesta —la creación de una oficina nacional encargada de supervisar la cooperación internacional en materia de salud— a fin de solucionar esa laguna en la promoción y protección del derecho a la salud.

## F. Algunos principios rectores

73. Médicos pro Derechos Humanos, una organización no gubernamental, ha publicado recientemente un libro blanco titulado *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable*

<sup>43</sup> El mecanismo de rendición de cuentas debe dejar claro quién tiene la responsabilidad de hacer qué, y si lo ha hecho. En caso negativo, debe examinar por qué, a fin de asegurar que se haga correctamente la próxima vez. Para más información sobre la rendición de cuentas, véase A/59/422, pár. 38.

<sup>44</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, Is MDG8 on track as a global deal for human development? preparado por J. Vandenmoortele, K. Malhotra y J. A. Lim, 2003.

Health Systems in Africa<sup>45</sup> (Un plan de acción para impedir el éxodo intelectual: creación de sistemas de salud equitativos en África). La mayor parte del texto es un plan de acción detallado para hacer frente al éxodo intelectual de África, basado en un conjunto de principios que reflejan el derecho relativo a los derechos humanos y problemas pragmáticos<sup>46</sup>. Esos principios rectores y las observaciones que se hacen sobre ellos son amplios, pero los autores proporcionan un resumen de aquellos, que se ofrece en el siguiente párrafo.

74. Los principios rectores representan una contribución importante al debate sobre el éxodo intelectual. En opinión del Relator Especial, si bien los principios no son definitivos ni exhaustivos (por ejemplo, tendrían mayor fuerza si se incluyeran los principios relativos a la supervisión y la rendición de cuentas, así como el importante papel de los trabajadores de la salud a nivel comunitario), vale la pena que se les preste particular atención<sup>47</sup>. Los principios establecidos por Médicos pro Derechos Humanos son los siguientes:

- *La principal respuesta al éxodo intelectual debe ser corregir los sistemas de salud de segunda clase, que ponen de manifiesto violaciones generalizadas del derecho a la salud y de otros derechos.*
- *La respuesta debe incluir un aumento considerable de la financiación del sector de la salud con fondos de fuentes nacionales e internacionales, incluido el alivio de la deuda.*
- *La respuesta al éxodo intelectual debe incorporar una labor de mayor alcance, tendiente a corregir la distribución desigual de profesionales de la salud dentro de los países, incluida la escasez especialmente grave en las zonas rurales.*
- *Los países ricos a los que emigran profesionales de la salud procedentes de países con bajos ingresos deberían reembolsar a estas naciones.*
- *Las soluciones al éxodo intelectual deben determinarse en el plano local, con la participación de representantes de las comunidades pobres y rurales, los trabajadores que prestan servicios de salud y la sociedad civil.*
- *La asistencia extranjera debe estructurarse de manera de promover y favorecer políticas racionales sobre los recursos humanos para la salud.*
- *Deben respetarse los derechos de los profesionales de la salud y su deseo de tratar de conseguir una vida mejor, dadas las limitaciones y las demandas de la crisis de la salud pública mundial.*
- *Los países deben respetar los principios de la contratación ética, especialmente evitando contratar a profesionales de países en desarrollo cuando no hayan concertado un acuerdo con éstos.*
- *Los países con altos ingresos deben solucionar sus propios problemas de insuficiente producción de profesionales de la salud y de su retención.*
- *Las medidas para promover políticas macroeconómicas deben tener en cuenta la realización de los derechos humanos.*
- *Además de lograr una mayor retención de los trabajadores de la salud capacitados, deben contratarse y capacitarse más profesionales en ese ámbito.*
- *Debe darse prioridad a la creación de capacidad para la gestión de los recursos humanos del sector de la salud.*
- *Los profesionales de la salud de países en desarrollo que han emigrado pueden contribuir considerablemente a la atención de la salud en esos países.*

45 Physicians for Human Rights (PHR), op. cit. en la nota 12.

46 Ibid., pg. 29.

47 El Relator Especial no ha querido revisar las directrices, excepto para cambiar “fuga de cerebros” por “éxodo intelectual” y ampliar la última directriz a todos los países en desarrollo, no sólo de África.

## G. Conclusión

75. Como se ha mencionado, hay muchas respuestas de índole normativa a los efectos negativos del éxodo intelectual, incluido el mejoramiento de los sistemas de salud en los países de origen y el fortalecimiento de la propia base de recursos humanos que ha recibido capacitación en los países de destino. Lamentablemente, la falta de espacio impide que el Relator Especial las examine exhaustivamente en el presente capítulo.
76. Integrar los derechos humanos en todas las políticas relativas al éxodo intelectual. Como ha expresado repetidamente el Relator Especial desde el primer informe que presentó a la Comisión de Derechos Humanos, debería integrarse el derecho a la salud —y otros derechos humanos— en la formulación de todas las políticas nacionales e internacionales pertinentes. Las políticas que se conforman a los derechos humanos tienen más probabilidades de ser eficaces, sólidas, equitativas, inclusivas y significativas para las personas que viven en la pobreza. En consecuencia, los derechos humanos deberían incorporarse a todas las políticas del sector de la salud, incluso las relativas al éxodo intelectual. La consideración del derecho a la salud de las personas y las comunidades de los países en desarrollo, así como de los derechos humanos de los profesionales de la salud, contribuirá a afrontar las dimensiones negativas del éxodo intelectual.
77. Fortalecer los sistemas de salud en los países de origen. Teniendo presente el derecho a la salud, una respuesta normativa esencial al éxodo intelectual es fortalecer los sistemas de salud de los países en desarrollo de donde proceden<sup>48</sup>. Debe concederse mayor prioridad a los recursos humanos de los sectores de la salud de los países de origen, incluso mejorando las condiciones de trabajo, el desarrollo profesional, la planificación, la gestión y los incentivos para trabajar en las zonas rurales. Se necesitan más profesionales de la salud, lo que conlleva la necesidad de más recursos para la capacitación. Se deben reforzar los sistemas de salud integrados para los distritos, además de mejorar su infraestructura y ampliarse la función de los trabajadores de salud comunitarios. Hay que prestar particular atención a la gobernanza, incluida la participación pública, y a la eficacia en el sector de la salud. En el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países en desarrollo de donde proceden los profesionales que emigran, los donantes y los asociados para el desarrollo desempeñan un papel indispensable, como ha quedado plasmado en numerosos compromisos internacionales, incluida la responsabilidad en el ámbito de los derechos humanos de asistencia y cooperación internacionales.
78. Prácticas de contratación ética por los países de destino<sup>49</sup>. Desde 1999, el Departamento de Salud del Reino Unido ha estado perfeccionando gradualmente un código de prácticas de contratación internacional de profesionales de la atención de la salud<sup>50</sup>. Según ha podido saber el Relator Especial, varias organizaciones internacionales y de profesionales<sup>51</sup> han promovido códigos de prácticas éticas, y el Reino Unido, ha ido más lejos que ningún otro país desarrollado en su intento por aplicar un código ético. Cabe reconocer que el Gobierno del Reino Unido, en su código reconoce y trata de corregir el efecto negativo de su intensa contratación de profesionales que se han capacitado y trabajan en los países en desarrollo de los que proceden.

48 Who's Got the Power? PHR y Bueno de Mesquita y Gordon, *op. cit.* en la nota 12.

49 Willerts y Martineau, *op. cit.* en la nota 12; Mensah, Mackintosh y Henry, *op. cit.* en la nota 10; Bueno de Mesquita y Gordon, *op. cit.* en la nota 12.

50 Departamento de Salud, *op. cit.* en la nota 42.

51 Por ejemplo, Secretaría del Commonwealth, Código de Conducta del Commonwealth para la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, 2002; Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General, Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales de la atención de la salud, 2002.

79. En virtud de lo dispuesto en el código, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido no puede contratar en países en desarrollo a no ser que exista un acuerdo entre los gobiernos que permita una contratación con fines concretos en el otro país. En el código se afirman los derechos inherentes al empleo de los trabajadores de la salud procedentes de otros países, como la no discriminación. El cumplimiento del código por los empleadores del Servicio Nacional de Salud no es obligatorio, pero se recomienda sobremanera.
80. Aunque se trata de una iniciativa acogida favorablemente, desde el punto de vista de los derechos humanos el código contiene imperfecciones. Por ejemplo, carece de un mecanismo independiente de vigilancia y no abarca el sector privado. Algunos observadores opinan que discrimina indirectamente por motivos de raza, ya que concierne principalmente a los profesionales de la salud de África y el Caribe<sup>52</sup>. Fundamentalmente, hay escasas pruebas de que el código tenga un efecto sostenido sobre la tasa de contratación de profesionales de la salud procedentes de países con escasez de personal idóneo<sup>53</sup>.
81. En opinión del Relator Especial, las políticas y los códigos de contratación éticos basados en los derechos pueden tener repercusiones en el éxodo intelectual, pero no proporcionan una respuesta suficiente y deben complementarse con otras medidas, como las que fortalecen los sistemas de salud en los países en desarrollo de donde proceden los profesionales.
82. Indemnización. La migración a países desarrollados de profesionales de la salud procedentes de países en desarrollo en los que hay escasez de ese personal representa un importante costo económico y social para los países de origen y ahorra importantes sumas por concepto de capacitación a los servicios de salud de los países desarrollados. Este proceso es conocido en el ámbito de la economía como "subsidio". El subsidio produce efectos negativos, ya que va de los países pobres a los ricos, lo que empeora las desigualdades existentes en el mundo en lo atinente a la atención y la protección de la salud. Ese proceso ha recibido, entre otros, los nombres de "subsidio aberrante", "subsidio injusto" y "ayuda externa inversa"<sup>54</sup>.
83. Además de ser indefendible desde el punto de vista ético, esa corriente de recursos de los países pobres a los ricos se contradice con la responsabilidad en materia de derechos humanos de asistencia y cooperación internacionales que incumbe a los países desarrollados, así como con otros compromisos internacionales, incluidos la Declaración del Milenio y el objetivo 8 (fomentar una asociación mundial para el desarrollo) (véanse los párrafos 59 a 65). Es indispensable poner fin a ese subsidio aberrante mediante el pago de una indemnización, restitución o reparación a los países en desarrollo de los que proceden los profesionales, cuyo éxodo reduce la capacidad de esos países de cumplir las obligaciones relativas al derecho a la salud que tienen con respecto a sus ciudadanos.
84. El pedido de una indemnización da lugar a diversas objeciones y dificultades a las que debe prestarse especial atención. No obstante, si hay un auténtico compromiso político, probablemente no sean insuperables. La indemnización podría pagarse creando un fondo de restitución que se administrara y utilizara apropiadamente con fines concretos relativos a la salud y acordados por todas las partes, como por ejemplo el apoyo al personal del ámbito de la salud que se quedara o volviera al país de que se tratase.

52 Mensah, Mackintosh y Henry, *op. cit.* en la nota 10, pág. 27.

53 *Ibid.*, pág. 26; PHR, *op. cit.* en la nota 12, pág. 57.

54 Mensah, Mackintosh y Henry, *ibid.*, págs. 30 a 40, *Save the Children* del Reino Unido y Medact, *Whose Charity? Africa's Aid to the NHS*, documento de información, 2005; PHR, *ibid.*, pág. 31. Para examinar el subsidio aberrante, véanse Mensah, Mackintosh y Henry, y Bueno de Mesquita y Gordon, *op. cit.* en la nota 12, en los que se ha basado en gran medida el Relator Especial.

85. El Relator Especial recomienda firmemente que, cuando el éxodo intelectual represente un subsidio aberrante, se estudie seriamente y de manera solidaria la respuesta de la compensación.
86. Una oficina nacional encargada de vigilar la cooperación internacional en materia de salud. Cada país desarrollado debería establecer una oficina nacional independiente para vigilar el efecto que tienen las políticas gubernamentales de los países en desarrollo en el disfrute del derecho a la salud. De modo similar a un ombudsman, la oficina debería presentar informes anuales al poder legislativo nacional y debería tener la potestad de realizar investigaciones e indagaciones, así como vigilar el cumplimiento de los compromisos y las promesas del Gobierno en materia de salud. La responsabilidad por el cumplimiento de esos compromisos internacionales en materia de salud se reparte frecuentemente entre distintos ministerios —salud, economía, relaciones exteriores, comercio, desarrollo internacional, etc.—, lo que complica tanto la coordinación como la rendición de cuenta<sup>55</sup>.
87. Una de las cuestiones relacionadas con la salud que debería vigilar la oficina es el éxodo intelectual. En muchos países los datos fiables a ese respecto son escasos, por lo que una de las tareas de la oficina sería asegurar que el Gobierno reúna los datos necesarios. ¿Cuál es el alcance del éxodo intelectual en el país de que se trate? ¿Qué políticas nacionales inciden en dicho éxodo? ¿Cuáles son las repercusiones del éxodo intelectual, especialmente en los países de origen? ¿Cómo pueden revisarse las políticas nacionales para armonizarlas con las responsabilidades del Gobierno en materia de derechos humanos, incluidas la asistencia y la cooperación internacionales para la salud? Una oficina similar a la del ombudsman que plantee ese tipo de preguntas complementaría y fortalecería los mecanismos de rendición de cuentas existentes, como los subcomités parlamentarios.
88. La oficina podría servir también de organismo de control de los códigos de conducta nacionales sobre la contratación ética, como el que ha adoptado el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, así como para la aplicación nacional de códigos internacionales comparables, como el Código de Conducta del Commonwealth para la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, aprobado por la Secretaría del Commonwealth en 2003.
89. Una respuesta pluridimensional. Debido a su complejidad, la migración internacional de profesionales de la salud exige una respuesta pluridimensional, algunos de cuyos elementos se señalan en el presente capítulo. No obstante, el éxodo intelectual debe contemplarse en el contexto de la alarmante desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud que existe en el mundo contemporáneo.

## V. CONCLUSIÓN

90. Un tema recurrente a lo largo del presente informe es el papel indispensable que desempeñan los profesionales de la salud en la promoción y la protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La educación en materia de derechos humanos contribuye a que los profesionales de la salud defiendan los derechos de sus pacientes, así como sus propios derechos humanos. El éxodo intelectual —el hecho de que los países desarrollados empleen a profesionales de la salud capacitados a expensas de países en desarrollo, donde

{ 320 } 

---

55 G. Lister, A. Ingram y M. Prowle, "Country Case Study: UK Financing of International Cooperation for Health", Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Estudios del Desarrollo, 30 de septiembre de 2004.

son absolutamente necesarios— menoscaba el disfrute del derecho a la salud en los países de origen y agrava la desigualdad mundial en materia de salud. Para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio y establecer sistemas de salud eficaces, inclusivos y de buena calidad, es indispensable que se preste urgente atención a la situación de los profesionales de la salud, en particular al éxodo intelectual.



Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2006/48  
3 de marzo de 2006

Español  
Original: Inglés

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
62º período de sesiones  
Tema 10 del programa provisional

## LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

INFORME DEL RELATOR ESPECIAL  
SOBRE EL DERECHO DE TODA  
PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS  
ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD  
FÍSICA Y MENTAL, SR. PAUL HUNT\*

\* Este informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.

## **RESUMEN**

Este informe refleja las actividades del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) y sus intereses particulares desde que presentó su informe provisional a la Asamblea General (A/60/348), realizado en cumplimiento de la resolución 2002/31 de la Comisión.

La primera sección explica que el derecho a la salud puede entenderse como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, y que responde a las prioridades nacionales y locales y es accesible para todos.

Refiriéndose a los objetivos de desarrollo del Milenio y a la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, el Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de bajos y medianos ingresos a que preparen programas de salud suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos en materia de salud. Tanto el Norte como el Sur tienen la responsabilidad de adoptar medidas concertadas para desarrollar sistemas de salud eficaces en los países en desarrollo y en las economías en transición.

Sostenido por el derecho a la salud, un sistema de salud eficaz es una institución social fundamental, no menos importante que un sistema judicial o un sistema político.

La segunda parte, y la más sustanciosa, establece un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. A modo de ilustración, el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos se aplica a la estrategia de salud reproductiva que respaldó la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

## Índice

### INTRODUCCIÓN

- I. EL DERECHO A UN SISTEMA DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ACCESIBLE PARA TODOS
- II. UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD
- III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Anexo. Enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores en relación con la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004

## INTRODUCCIÓN

1. En la resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos estableció, por un período de tres años, el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”). En su 61º período de sesiones, la Comisión acogió con satisfacción el informe anual del Relator Especial (E/CN.4/2005/51) y decidió prorrogar el mandato del Relator Especial por otros tres años. En la resolución 2005/24 de la Comisión se articula el mandato del Relator Especial y se le pide que presente un informe provisional sobre sus actividades a la Asamblea General, así como un informe anual a la Comisión. Este informe se presenta de conformidad con la resolución 2005/24.
2. Además de las actividades descritas en su informe provisional a la Asamblea General (A/60/348), en septiembre de 2005 el Relator Especial viajó a la India para pronunciar el discurso de apertura en la reunión anual de la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos titulado “Unir la salud y los derechos humanos: la mortalidad materna como violación del derecho a la salud”. En Nueva Delhi pronunció el discurso de despedida en la décima Reunión internacional sobre las mujeres y la salud, y asistió a reuniones con funcionarios del Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una serie de organizaciones no gubernamentales (ONG). Más adelante en septiembre asistió a una reunión en Montreal (Canadá), sobre “Los derechos humanos y el acceso a los medicamentos básicos: el camino hacia el futuro”. La reunión de Montreal, que reunió a representantes gubernamentales, representantes del mundo académico, organizaciones internacionales y grupos de la sociedad civil, terminó con la aprobación de una importante declaración sobre el derecho humano a los medicamentos básicos<sup>1</sup>. El Relator Especial tiene la intención, en su próximo informe, de examinar detalladamente los problemas planteados en la Declaración de Montreal sobre el derecho humano a los medicamentos básicos. En octubre, asistió a una reunión en Ginebra organizada por la Iniciativa ética de globalización sobre la responsabilidad empresarial, los derechos humanos y el sector farmacéutico, en la que destacó la importancia de aclarar las responsabilidades de los Estados y el sector farmacéutico en relación con los medicamentos esenciales. Durante su estancia en Nueva York para presentar su informe a la Asamblea General, el Relator Especial participó en una reunión de información sobre su mandato, organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Servicio Internacional pro Derechos Humanos, en cooperación con el Centro François-Xavier Bagnoud para la salud y los derechos humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard. En noviembre, el Relator Especial presentó su trabajo sobre los indicadores del derecho a la salud y el establecimiento de prioridades y el derecho a la salud en la consulta oficial sobre salud y derechos humanos para las oficinas regionales y en los países de la OMS.

<sup>1</sup> The statement is available at <http://www.accessmeds.org/Statement.html>.

3. Durante 2005, la Iniciativa ética de globalización y el Relator Especial organizaron una declaración de alto nivel sobre el derecho a la salud. Más de 30 ex Jefes de Estado y de Gobierno, así como otras figuras destacadas de todo el mundo, hicieron suyo el “Llamamiento de los dirigentes a la acción” sobre el derecho a la salud; para más información véase el párrafo 18 infra. El 9 de diciembre de 2005, la Asociación Médica Británica acogió en Londres el lanzamiento del Llamamiento a la acción, que ahora está abierto a la firma para todos los que apoyen su contenido<sup>2</sup>. Se prevé que en 2006 haya otras iniciativas para poner en marcha el Llamamiento a la acción. El Relator Especial quiere agradecer de todo corazón a la Iniciativa ética de globalización por su valioso trabajo en relación con este importante proyecto. También quiere dar las gracias a todos los signatarios por su apoyo indispensable.

## **I. EL DERECHO A UN SISTEMA DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ACCESIBLE PARA TODOS**

4. El derecho a la salud se puede interpretar como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, que responde a las prioridades nacionales y locales y es accesible para todos.
5. El sistema de salud debe abarcar tanto la atención de la salud como los determinantes subyacentes de la salud, tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
6. Debe ser accesible para todos, no solamente los ricos, sino también para los que viven en la pobreza; no solamente para los grupos étnicos mayoritarios, sino también para las minorías y las poblaciones indígenas; no solamente para los que viven en zonas urbanas, sino también en aldeas remotas; no solamente para los hombres, sino también para las mujeres. El sistema de salud debe ser accesible para todos los particulares y comunidades desfavorecidos.
7. Además, debe ser capaz de responder tanto a las prioridades nacionales como locales. Los trabajadores sanitarios de la comunidad debidamente formados, tales como los equipos sanitarios de aldea, conocen las prioridades de sus comunidades en materia de salud. Asimismo, la participación inclusiva puede contribuir a garantizar que los sistemas de salud respondan a las necesidades especiales de salud de las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores y otros grupos desfavorecidos. Una participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad es un elemento esencial del derecho a la salud.
8. El sistema de salud también debe ser eficaz e integrado; debe ser más que un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.
9. Un sistema de salud no se puede entender simplemente en términos del acceso individual a los médicos, los medicamentos, el agua potable y el saneamiento adecuado. Las condiciones socioeconómicas de la población a la que presta servicios un sistema de salud tienen unas repercusiones enormes sobre la salud de la población. Conocidos como los factores sociales determinantes de la salud, son las condiciones, tales como la pobreza y el desempleo, que hacen enfermar a las personas en primer lugar. Cuando el Relator Especial habla de los determinantes subyacentes de la salud, no se refiere únicamente a determinantes como el agua potable y el saneamiento adecuado, sino también a los factores sociales determinantes de la salud. Estos factores actualmente son el centro de atención de la Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud de la OMS que el Relator Especial destacó brevemente en su último informe a la Asamblea General<sup>3</sup>.
10. Básicamente, esto es lo que constituye el derecho a la salud: un sistema de salud eficaz, integrado y con capacidad de respuesta, que abarque la atención de la salud y los factores determinantes subyacentes de la salud, accesible para todos.

<sup>3</sup> A/60/348, paras. 5-7.

## CUMBRE MUNDIAL DE SEPTIEMBRE DE 2005

11. Una de las características más sobresalientes de los objetivos de desarrollo del Milenio es la importancia que se da a la salud: reducir la mortalidad infantil y materna; luchar contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis; proporcionar acceso al saneamiento y al agua potable; etc.<sup>4</sup>. Además, el primer objetivo -erradicar la extrema pobreza y el hambre- es imposible de conseguir si no se logran los objetivos de salud. Las sociedades oprimidas por grandes números de personas enfermas y moribundas no pueden escapar de la pobreza. Para resumir, los objetivos no se pueden lograr sin sistemas eficaces de salud accesibles para todos.
12. Esta es la razón por la cual en la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, 170 Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a:  
Mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015<sup>5</sup>.
13. La Declaración del Milenio y el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 son de una claridad diáfana en cuanto a que los países en desarrollo y los países desarrollados tienen una función crucial que desempeñar en el establecimiento de sistemas de salud eficaces e inclusivos en el Norte y en el Sur. El objetivo Nº 8: alianza mundial para el desarrollo, tiene importancia vital<sup>6</sup>.
14. En la Cumbre Mundial los dirigentes del mundo acordaron:
  - Adoptar, para 2006, y aplicar estrategias nacionales amplias de desarrollo para alcanzar los objetivos y metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio<sup>7</sup>.
15. A la luz de este compromiso, el Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de bajos y medianos ingresos a que准备n programas nacionales de salud suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos relacionados con la salud. Unos programas nacionales cuidadosamente preparados y financiados deberían reflejar lo que se necesita verdaderamente para desarrollar sistemas de salud eficaces e integrados, accesibles para todos. Los programas no deben reflejar lo que están dispuestos a pagar los donantes, sino que deben indicar las necesidades financieras reales para lograr los objetivos en materia de salud. Estos programas nacionales de salud deben formar una parte central de las estrategias de desarrollo que la Cumbre Mundial de 2005 dispuso que debían adoptarse en 2006.
16. El Relator Especial pide solamente que el mundo cumpla lo que rubricó en 2000 y reafirmó en septiembre de 2005. Es sumamente importante porque en los últimos dos decenios se han descuidado gravemente muchos sistemas de salud. Muchos de ellos han padecido la insuficiencia crónica de las inversiones. Lejos de haber mejorado y haberse fortalecido, muchos sistemas de salud han sido socavados y debilitados.

4 The Special Rapporteur.s report of 2004 to the General Assembly explained how the right to health reinforces the Goals and could contribute to their achievement (A/59/422).

5 See 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project.s .Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. and the Project.s Task Force report. Who.s Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children.

6 See the Special Rapporteur.s report of 2004 to the General Assembly, especially paragraphs 32-35 and 42-46.

7 Paragraph 22 (a). Also see paragraph 22 (c).

17. Para resumir, el Norte y el Sur deben, como cuestión de urgencia, adoptar medidas concertadas para establecer sistemas de salud eficaces e inclusivos, accesibles para todos, en los países en desarrollo y en las economías en transición, de acuerdo con la Declaración del Milenio, la alianza mundial para el desarrollo reflejada en el objetivo Nº 8 de los objetivos de desarrollo del Milenio y la Cumbre Mundial de 2005.

## **LLAMAMIENTO DE LOS DIRIGENTES A LA ACCIÓN PARA EL DERECHO A LA SALUD**

18. Hoy día, más que nunca, destacadas figuras mundiales y organizaciones de base instan a que se respete el derecho a la salud, así como a que se hagan mayores inversiones en los sistemas de salud. Como ya se dice en el párrafo 3, en diciembre de 2005 en Londres se lanzó el Llamamiento de los dirigentes a la acción sobre el derecho a la salud. Este Llamamiento a la acción ha sido refrendado por Jimmy Carter y Bill Clinton (ex Presidente de los Estados Unidos de América), Fernando Henrique Cardoso (ex Presidente del Brasil), Hong Koo Lee (ex Primer Ministro de Corea), Mary Robinson (ex Presidenta de Irlanda y ex Alta Comisionada para los Derechos Humanos), el Reverendo Desmond Tutu (Arzobispo Anglicano Emérito de Ciudad del Cabo), Su Alteza Real el Príncipe El Hassan bin Talal de Jordania, Gro Harlem Brundtland (ex Primer Ministra de Noruega y ex Directora General de la OMS), Wangari Maathai (Premio Nobel de la Paz de 2004), Vaclav Havel (ex Presidente de Checoslovaquia y de la República Checa) y muchos otros.
19. En su Llamamiento a la acción, los dirigentes instan a los gobiernos, así como a las organizaciones internacionales, a los grupos de la sociedad civil, a las empresas privadas, a las comunidades y los particulares, a cumplir sus responsabilidades en la garantía de la realización del derecho humano fundamental a la salud para todos y exhortan a que se hagan cambios sistemáticos para crear sistemas de salud sólidos.
20. Cada vez se tiene una idea más clara de que un sistema de salud eficaz es una institución social básica, no menos importante que un sistema judicial o un sistema político<sup>8</sup>. El derecho a un juicio imparcial sostiene un buen sistema judicial. El derecho de voto sostiene un sistema político democrático. Y el derecho a la salud sostiene el llamamiento por un sistema de salud eficaz accesible para todos.
21. En los próximos dos años, trabajando en estrecha cooperación con otros, el Relator Especial tiene la esperanza de tener recursos suficientes para determinar y examinar las características principales de un sistema de salud que refleja el derecho humano internacional a la salud.

<sup>8</sup> See L. Freedman, *Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions*, DEVELOPMENT 2005, pp. 1-6.

## **II. UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD**

22. Durante muchos años, la comunidad de derechos humanos -es decir, las personas que trabajan activamente en la promoción y la protección de los derechos humanos- ha considerado la posible función de los indicadores en relación con los derechos humanos. De acuerdo con el derecho internacional de derechos humanos, los derechos económicos, sociales y culturales se logran progresivamente<sup>9</sup>. Las personas que integran la comunidad internacional de derechos humanos y que se centran en los derechos económicos, sociales y culturales han prestado especial atención a los indicadores porque proporcionan una forma de supervisar la realización progresiva. Es precisamente en este contexto que la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) insiste en la importancia de los indicadores:
  - Para fortalecer el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, deberían examinarse otros métodos, como un sistema de indicadores para medir los avances hacia la realización de los derechos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>10</sup>.
23. Por desgracia, el progreso hacia la formulación de este “sistema de indicadores” ha sido desesperadamente lento. Se ha tropezado con numerosos obstáculos conceptuales y de otro tipo. No obstante, por diversas razones, de las cuales no es la menos importante la renovada atención que el ACNUDH ha dedicado a la cuestión, se ha acelerado el ritmo de los avances en los últimos dos años.
24. El Relator Especial ya ha dedicado dos capítulos a los indicadores y al derecho a la salud en sus informes<sup>11</sup>. En su primer informe a la Asamblea General (2003), examinó esta cuestión “con miras a elaborar paulatinamente un enfoque práctico, realista y equilibrado”<sup>12</sup>. Al preparar su primer informe, el Relator Especial estaba pensando determinar una serie de indicadores del derecho a la salud. Al año siguiente informó a la Asamblea General del avance de su labor, llegando a la conclusión de que era más útil pensar en términos de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud<sup>13</sup>.

### **EN TÉRMINOS GENERALES, ¿QUÉ ES UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS?**

25. En los últimos años, se ha visto claramente que el enfoque basado en los derechos humanos de cuestiones específicas, tales como el desarrollo, la reducción de la pobreza y el comercio, aporta determinadas perspectivas valiosas que, de otro modo, tienden a pasarse por alto. En pocas palabras, en términos generales un enfoque basado en los derechos humanos requiere que se preste especial atención a los particulares y a las comunidades desfavorecidos; requiere una participación activa y documentada de los particulares y las comunidades en las decisiones normativas que los afectan; y requiere mecanismos de supervisión y de rendi-

<sup>9</sup> See, e.g. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*, article 2, paragraph 1.

<sup>10</sup> Paragraph 98.

<sup>11</sup> See A/58/427; A/59/422.

<sup>12</sup> A/58/427, para. 6.

<sup>13</sup> A/59/422, paras. 81 and 83. This approach is informed by the principle confirmed in article 5 of the Vienna Declaration and Programme of Action: “All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated”.

ción de cuentas eficaces, transparentes y accesibles. El efecto combinado de estos factores -y otras características del enfoque basado en los derechos humanos- es el empoderamiento de los particulares y las comunidades desfavorecidos.

26. Por tanto, un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no solamente supervisa los resultados más importantes de salud, sino también algunos procesos mediante los cuales se logran esos resultados. Es fundamental que muchos indicadores de salud utilizados comúnmente están llamados a desempeñar una importante función en el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud, siempre y cuando reúnan unas pocas condiciones razonables. Por ejemplo, se pueden utilizar muchos indicadores de salud existentes, siempre y cuando estén desagregados por varios motivos, tales como sexo, raza y etnia. Los indicadores desagregados revelan si se está discriminando de facto a algunos particulares y comunidades desfavorecidos. En la mayor parte de los casos, los indicadores de salud existentes rara vez están destinados a supervisar cuestiones tales como la participación y la rendición de cuentas, aunque son características esenciales del enfoque de derechos humanos.
27. Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no es un cambio radical en relación con las metodologías existentes para los indicadores. Más bien utiliza muchos indicadores de salud de uso común, los adapta en la medida de lo necesario (por ejemplo, mediante el requisito de desagregación) y añade algunos indicadores nuevos para supervisar las cuestiones (por ejemplo, la participación y la rendición de cuentas) que de otro modo tienden a pasarse por alto. Para resumir, un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud refuerza, mejora y complementa los indicadores de uso común.
28. Este es el planteamiento expuesto en este capítulo y resumido en los párrafos 49 y 50. Más adelante en el informe, como ilustración, se aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud a la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

### **NO HAY ALTERNATIVA A LOS INDICADORES, PERO SU FUNCIÓN NO SE DEBE EXAGERAR**

29. Aunque algunos miembros de la comunidad de derechos humanos han dudado en utilizar los indicadores en su trabajo, el Relator Especial quiere destacar que no hay alternativa al uso de indicadores para medir y supervisar la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud. Si bien antes la pregunta principal era “¿Existe una función para los indicadores en relación con el derecho al más alto nivel posible de salud?”, ahora la pregunta fundamental es “¿Cómo pueden utilizarse los indicadores de la forma más apropiada para medir y supervisar este derecho humano fundamental?”. El enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se expone en este capítulo proporciona una respuesta a esta pregunta crucial.
30. Además, el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud incluye características, tales como su insistencia en la desagregación, la participación y la rendición de cuentas que, si se integran en las políticas y los programas de salud, probablemente mejorarán su eficacia.
31. Uno de los mensajes principales de este informe es que los indicadores están llamados a desempeñar una función importante en la medición y la supervisión de la realización progresiva

del derecho a la salud. No obstante, no se debe exagerar la importancia de su función. Por muy complejos que sean, los indicadores nunca ofrecerán un cuadro completo del disfrute del derecho a la salud en una jurisdicción concreta. En la mayor parte de los casos, proporcionan indicaciones útiles sobre el disfrute del derecho a la salud en un contexto nacional particular. De la misma manera que es una equivocación negar que los indicadores pueden desempeñar una importante función en relación con el derecho a la salud, también está fuera de lugar esperar demasiado de ellos.

32. Este capítulo se basa en el análisis y el debate, aunque no los repite, contenidos en los dos informes precedentes del Relator Especial a la Asamblea General acerca de los indicadores y el derecho a la salud.
33. El Relator Especial ha pedido en repetidas ocasiones, y ha recibido con gratitud, observaciones sobre sus informes. A lo largo de los años ha participado en numerosos cursos prácticos y consultas sobre los indicadores y el derecho a la salud. Está profundamente agradecido a la OMS, el ACNUDH, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y muchos otros expertos que actuaron a título personal y que le ofrecieron desprendidamente los frutos de su experiencia.

## LA IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES

34. Como ya se ha observado, el derecho internacional al más alto nivel posible de salud se logra de forma progresiva. Inevitablemente, esto significa que lo que se espera de un Estado irá cambiando con el tiempo. Para supervisar sus progresos, un Estado necesita un método para medir esta dimensión variable del derecho a la salud. El método más apropiado es la aplicación combinada de indicadores y puntos de referencia. Así pues, un Estado selecciona los indicadores apropiados que le ayudarán a supervisar las diferentes dimensiones del derecho a la salud. Estos indicadores podrían incluir, por ejemplo, las tasas de mortalidad materna y las tasas de mortalidad infantil. La mayor parte de los indicadores requerirá desagregación, por ejemplo, por razones de sexo, raza, etnia, población rural/urbana y condición socioeconómica. A continuación el Estado establece objetivos o puntos de referencia nacionales en relación con cada indicador desagregado<sup>14</sup>.
35. De esta manera, los indicadores y los puntos de referencia cumplen dos importantes funciones en el que se basa gran parte del debate de este capítulo. En primer lugar, pueden ayudar al Estado a supervisar su progreso a lo largo del tiempo, permitiendo a las autoridades reconocer cuándo se necesitan ajustes de la política. En segundo lugar, pueden ayudar a pedir cuentas al Estado en relación con el cumplimiento de sus responsabilidades derivadas del derecho a la salud, aunque el deterioro de los indicadores no significa necesariamente que el Estado esté incumpliendo sus obligaciones internacionales acerca del derecho a la salud, un factor importante que se examina más adelante. Naturalmente, los indicadores tienen otras funciones valiosas. Por ejemplo, al destacar elementos tales como la desagregación, la participación y la rendición de cuentas, los indicadores pueden mejorar la eficacia de las políticas y de los programas.
36. Se prevé que no solamente los Estados, sino también otros agentes integren los derechos humanos en la formulación de políticas. La confirmación más reciente de ello correspondió

<sup>14</sup> *Progressive realization is also an implicit feature of the Millennium Development Goals. Indicators and benchmarks are needed to monitor progress towards the achievement of the Goals.*

a los 170 Jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre Mundial de 2005:

Resolvemos integrar la promoción y protección de los derechos humanos en las políticas nacionales y promover una mayor incorporación de los derechos humanos en la actividad general de todo el sistema de las Naciones Unidas, así como estrechar la cooperación entre la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y todos los órganos pertinentes de las Naciones Unidas<sup>15</sup>.

37. La integración o la incorporación de los derechos humanos en las políticas de salud nacionales e internacionales es una empresa de gran envergadura que requiere una multitud de medidas por parte de diversos agentes. Una de estas medidas es la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. El Relator Especial espera que los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas que trabajan en cuestiones de salud encuentren útil este capítulo en su empeño por aumentar su eficacia e integrar los derechos humanos en su labor.
38. En resumen, en el contexto del derecho a la salud, los indicadores pueden ayudar a:
  - a) Los funcionarios públicos nacionales que trabajan en cuestiones de salud;
  - b) Los órganos legislativos cuando supervisan el desempeño del ejecutivo;
  - c) Los tribunales, las instituciones de derechos humanos y otros órganos nacionales responsables por determinar si el Estado está cumpliendo sus obligaciones en relación con el derecho a la salud;
  - d) Los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas que trabajan en asociación con los Estados en cuestiones de salud;
  - e) Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos y otros órganos internacionales responsables por supervisar si los Estados cumplen sus obligaciones en relación con el derecho a la salud;
  - f) Las ONG que trabajan en cuestiones de salud.

## **UNA ILUSTRACIÓN: UTILIZAR COMO INDICADOR LA PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS ASISTIDOS POR PERSONAL SANITARIO CUALIFICADO**

39. Como ilustración, esta sección muestra cómo un indicador desagregado -la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado- se puede utilizar en relación con el derecho a la salud. En esta sección no se especifica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. Una vez mostrada la función de este indicador (y sus puntos de referencia) en relación con el derecho a la salud, en las secciones subsiguientes se introduce el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.
40. La salud sexual y reproductiva son elementos integrales del derecho a la salud<sup>16</sup>. Por tanto, los Estados necesitan una manera de medir si están logrando progresivamente la salud sexual y reproductiva. Existen muchos indicadores correspondientes, en particular la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado. Un Estado puede seleccionar este indicador como uno de los que utiliza para medir la realización progresiva de los

15 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

16 As confirmed by the Commission on Human Rights in resolution 2003/28, preamble and paragraph 6.

derechos a la salud sexual y reproductiva.

41. Los datos nacionales pueden mostrar que la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado es del 60%. Una vez desagregados sobre la base de la población rural o urbana, los datos pueden revelar que la proporción es del 70% en los centros urbanos, pero solamente del 50% en las zonas rurales. Después de desagregar otra vez los datos sobre la base de la etnia, los datos pueden mostrar también que la cobertura en las zonas rurales es desigual: el grupo étnico dominante disfruta de una cobertura del 70%, mientras que el grupo étnico minoritario, solamente del 40%. Esto destaca la importancia crucial de la desagregación como medio de determinar la discriminación de facto. Una vez desagregado, el indicador confirma que las mujeres que son miembros de la minoría étnica en zonas rurales son especialmente desfavorecidas y que requieren atención especial.
42. Consciente de la realización progresiva del derecho a la salud, el Estado puede decidir plantearse como objetivo una cobertura nacional uniforme del 70%, tanto en zonas urbanas como rurales y para todos los grupos étnicos, en un plazo de cinco años. Por consiguiente, el indicador es la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado y el punto de referencia o el objetivo, el 70%. El Estado formulará y aplicará políticas y programas destinados a lograr el punto de referencia del 70% en cinco años. Los datos muestran que las políticas y los programas tendrán que estar diseñados especialmente para llegar a los grupos de las minorías étnicas que viven en zonas rurales.
43. Es preciso supervisar el progreso anual hacia el punto de referencia o el objetivo, a la luz de qué ajustes anuales de política se van a necesitar. Al final del período de cinco años, un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas determinará si se ha logrado el punto de referencia del 70% en las zonas urbanas y rurales y para todos los grupos étnicos. De ser así, el Estado fijará un punto de referencia más ambicioso para el próximo período de cinco años, coherente con su obligación de realizar progresivamente el derecho a la salud. Sin embargo, si no se ha logrado el punto de referencia del 70%, habrá que determinar las razones y adoptar medidas correctivas.
44. Es importante observar que la incapacidad de lograr el punto de referencia no significa necesariamente que el Estado esté incumpliendo sus obligaciones internacionales con respecto al derecho a la salud. El Estado puede no haber llegado a su punto de referencia por razones fuera de su control. Sin embargo, si el mecanismo de supervisión y rendición de cuentas revela que el punto de referencia del 70% no se ha logrado porque, por ejemplo, hay corrupción en el sector de salud, probablemente se deducirá que el Estado no ha llegado a cumplir sus obligaciones internacionales con respecto al derecho a la salud.
45. La asistencia y la cooperación internacionales son un elemento importante del derecho a la salud. Los donantes tienen la responsabilidad de proporcionar apoyo financiero y de otro tipo para las políticas y los programas de los países en desarrollo en relación con, entre otras cosas, la salud sexual y reproductiva. Además, hay que pedir cuentas a los donantes acerca del cumplimiento de su responsabilidad. Por tanto, en relación con el ejemplo utilizado en los párrafos precedentes, los indicadores son necesarios para medir qué han hecho los donantes para ayudar al Estado a aplicar políticas cabales de salud sexual y reproductiva. Además, se necesita un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas para responder a la pregunta: ¿ha hecho la comunidad de donantes todo lo razonablemente posible para ayudar al Estado a aplicar políticas cabales de salud sexual y reproductiva, permitiéndole lograr su punto de referencia del 70%?
46. Naturalmente, estas cuestiones -los indicadores y los mecanismos de rendición de cuentas

para la comunidad de donantes- plantean problemas complicados. No obstante, los indicadores y los mecanismos de rendición de cuentas que se centran exclusivamente en las responsabilidades de los países en desarrollo y no engloban también las responsabilidades de la comunidad de donantes son injustos, defectuosos y carecen de credibilidad.

47. Para resumir, un indicador desagregado, como la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, al utilizarse con los puntos de referencia, puede ayudar a un Estado a determinar qué políticas están funcionando y cuáles son improductivas. Además, puede ayudar a pedir cuentas a un Estado en relación con su responsabilidad derivada del derecho a la salud. Naturalmente, un indicador, incluso si está desagregado, no puede captar todas las dimensiones que son importantes desde el punto de vista de los derechos humanos. Para ello se necesitan otros indicadores que se describen a continuación. No obstante, esta ilustración muestra cómo un indicador desagregado, utilizado con un punto de referencia, puede proporcionar información útil sobre la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud.

## **UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD**

48. Los profesionales de la salud y los responsables por la formulación de políticas utilizan constantemente una gran cantidad de indicadores de salud, tales como la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, la tasa de mortalidad materna y la tasa de prevalencia del VIH. ¿Cabe preguntarse si es posible apropiarse simplemente de estos indicadores de salud y llamarlos "indicadores de derechos humanos" o "indicadores del derecho a la salud"? O bien, ¿requieren características especiales los indicadores que han de usarse para supervisar los derechos humanos y el derecho a la salud? De ser así, ¿cuáles son estos atributos especiales?
49. Según la conclusión del Relator Especial en su informe a la Asamblea General (2004), los indicadores de salud pueden utilizarse para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho a la salud siempre y cuando:
- a) Correspondan, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud. Tiene que haber una correspondencia razonablemente exacta, o vínculo, entre el indicador y la norma del derecho a la salud. En el caso de la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, por ejemplo, hay una correspondencia razonablemente precisa con varias normas de derechos humanos, en particular el derecho a la salud y la vida de la madre y el niño, como en el párrafo 2 a) del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.
  - b) Estén desagregados al menos por sexo, raza, etnia, población rural o urbana y condición socioeconómica. Los derechos humanos muestran una preocupación especial por los particulares y los grupos desfavorecidos. Esta preocupación se refleja en numerosas disposiciones del derecho internacional de derechos humanos, y en especial en los que consagran los principios de la no discriminación y la igualdad. Si un indicador de salud puede ser desagregado o no, desde la perspectiva de los derechos humanos es fundamental que todos los indicadores pertinentes se desagreguen. Hay una cuestión todavía más difícil: ¿sobre qué bases deben desagregarse los indicadores? Desde el punto de vista de los derechos humanos, el objetivo es desagregar en relación con la mayor cantidad posible de motivos

de discriminación prohibidos internacionalmente<sup>17</sup>. No obstante, la reunión de datos desagregados sigue siendo un tremendo reto para muchos Estados. Debido a las limitaciones de capacidad, no es frecuente que se disponga de datos fiables desagregarlos. Hay otra complicación: la vulnerabilidad y la discriminación son contextuales. Aunque un grupo pueda ser especialmente vulnerable en un contexto, puede no serlo en otro. Por tanto, en un contexto nacional particular, tal vez sea conveniente dar prioridad a la reunión de unos datos desagregados en lugar de otros. Asimismo, algunas cuestiones de salud requerirán desagregación sobre bases particulares; por ejemplo, en el contexto de la salud sexual y reproductiva, es crucial la desagregación sobre la base de la edad debido a la importancia de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Aun teniendo en cuenta estas observaciones, el Relator Especial sugiere que los indicadores pertinentes por lo general se desagreguen, como mínimo, por sexo, raza, etnia, población rural o urbana y condición socioeconómica. Sin embargo, estas bases para la desagregación tendrán que examinarse a la luz de: i) la capacidad; ii) el contexto; iii) el problema de salud de que se trate.

- c) Estén complementados por indicadores adicionales que supervisan las cinco características esenciales e interrelacionadas del derecho a la salud<sup>18</sup>:
  - i) Una estrategia y un plan nacional de acción que incluyen el derecho a la salud. Dado que el derecho a la salud requiere que un Estado tenga una estrategia y un plan de acción que abarque el derecho a la salud, incluido el acceso universal, se necesitan indicadores para medir esta característica esencial<sup>19</sup>.
  - ii) La participación de particulares y grupos, especialmente los más vulnerables y desfavorecidos, en la formulación de las políticas y los programas de salud. Dado que la participación es una característica esencial del derecho a la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que las políticas y los programas de salud, en particular los servicios de control de calidad, son participatorios<sup>20</sup>.
  - iii) Acceso a la información sobre la salud, así como la confidencialidad de los datos personales sobre la salud. Dado que el acceso a la información sobre la salud es una característica esencial del derecho a la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que la información sobre la salud está disponible y es accesible para todos. La información sobre la salud permite a las personas, entre otras cosas, promover su propia salud y exigir servicios de calidad al Estado y a otros. Claramente, otras características esenciales del derecho a la salud, tales como la participación cabal, dependen de la posibilidad de acceder a información fiable sobre cuestiones de salud. Además, teniendo en cuenta el requisito de confidencialidad en cuanto a los datos personales sobre la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que se respeta esta condición.
  - iv) La asistencia y cooperación internacionales de los donantes en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo. El derecho a la salud impone una obligación a los Estados desarrollados de adoptar medidas que ayuden a los países en desarrollo a realizar su derecho a la salud<sup>21</sup>. Por tanto, se necesitan indicadores para medir el grado en que los donantes cumplen esta responsabilidad.

<sup>17</sup> According to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), the prohibited grounds include race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status.. General comment No. 14, paragraph 18.

<sup>18</sup> The following paragraphs (i)-(v) are intended only to signal the five essential features. While work has been done elsewhere to explore each feature, more is needed.

<sup>19</sup> CESCR, general comment No. 14, paragraph 43 (f).

<sup>20</sup> See, e.g., E/CN.4/2004/49/Add.1, paragraph 27; E/CN.4/2005/51, paragraphs 59-61.

<sup>21</sup> See, e.g., A/59/422, paragraphs 32-35.

- v) Mecanismos accesibles y eficaces de supervisión y de rendición de cuentas. Debido a que el derecho a la salud requiere que todas las personas que tengan responsabilidades en relación con ese derecho rindan cuentas sobre su conducta, se necesitan indicadores para medir el grado en que se dispone de mecanismos accesibles y eficaces de supervisión y rendición de cuentas<sup>22</sup>.
50. Es imposible que un indicador tenga todas estas características. Por tanto, en lugar de buscar indicadores separados del derecho a la salud, es más útil pensar en términos de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. En otras palabras, aunque es imposible que un indicador posea todas las características indicadas en el párrafo precedente, sí es posible determinar una serie de indicadores que juntos tengan estas características. Una vez combinados, diversos indicadores pueden ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. Para resumir, una combinación de indicadores apropiados puede constituir un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.

## EL PROBLEMA DE LA TERMINOLOGÍA

51. La literatura especializada contiene una multitud de indicadores de salud. Sin embargo, hay una dificultad más fundamental. No existe una forma acordada comúnmente y coherente de establecer categorías y denominaciones de los diversos tipos de indicadores de salud. Por ejemplo, se pueden encontrar las siguientes categorías y denominaciones: desempeño, estadístico, variable, proceso, conducta, repercusiones, producto, resultado, logro, estructural, preselección, cuantitativo, cualitativo, básico y clasificado. El mismo indicador puede aparecer en varias categorías. Esta multitud de denominaciones que se superponen se presta a la confusión. Lo que es más importante, limita el debate sustantivo a una pequeña élite de expertos de salud. La falta de un planteamiento común de la clasificación de los indicadores de salud representa un reto para aquellos que quieren introducir un sistema sencillo, coherente y racional de los indicadores de salud basado en los derechos humanos.
52. Si se quieren lograr avances, tendrá que haber un cierto grado de claridad y coherencia terminológica. En 2003, el Relator Especial sugirió que se prestara especial atención a las siguientes tres categorías de indicadores: indicadores estructurales, de proceso y de resultados. Si bien no hay unanimidad en la literatura especializada de salud, estas categorías y denominaciones se comprenden generalmente. También son relativamente sencillas. Las utilizan algunos departamentos en la OMS, como el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. Desde 2003, el ACNUDH y otros organismos han empezado a utilizar estos tres términos. Eibe Riedel, Vicepresidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha adoptado estos términos y categorías. A juicio del Relator Especial, estas denominaciones servirán igual que otras (si no mejor). Puesto que una terminología coherente será de gran ayuda para los Estados, las ONG, los grupos de la sociedad civil y otros, recomienda que, al formular indicadores de derechos humanos en relación con la salud se establezcan las categorías de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.
53. En los párrafos que vienen a continuación, el Relator Especial ofrece definiciones de los indicadores estructurales, de proceso y de resultados, admitiendo que no es fácil trazar una clara línea divisoria entre estas categorías. Es indudable que las definiciones requerirán un mayor ajuste. No obstante, propone que lo que sigue a continuación sirva de definiciones de trabajo.

22 *bid.*, paragraphs 36-46.

54. Los indicadores estructurales se ocupan de si existen o no estructuras y mecanismos fundamentales necesarios para la realización del derecho a la salud o conducentes a ello. Con frecuencia (aunque no siempre) se formulan como una pregunta que tiene la respuesta sí/no. Por ejemplo, pueden tratar de: la ratificación de los tratados internacionales que incluyen el derecho a la salud; la aprobación de leyes y políticas nacionales que promuevan y protejan expresamente el derecho a la salud; o la existencia de mecanismos institucionales básicos que faciliten la realización del derecho a la salud, en particular organismos reguladores.
55. Los indicadores de proceso miden los programas, las actividades y las intervenciones. Se podría decir que miden el esfuerzo del Estado. Por ejemplo, a continuación se incluyen indicadores de proceso: la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado; el número de instalaciones por 500.000 habitantes que ofrecen cuidados básicos de obstetricia; el porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido asesoramiento y han sido objeto de análisis para el VIH; el porcentaje de personas que han recibido información sanitaria sobre la atención a la madre y al recién nacido, los servicios de planificación de la familia y las infecciones de transmisión sexual; el número de programas de formación y campañas públicas sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva organizados por una institución nacional de derechos humanos en los últimos cinco años. Estos indicadores de proceso pueden ayudar a prever los resultados en cuanto a salud.
56. Los indicadores de resultados miden las repercusiones de los programas, las actividades y las intervenciones sobre la situación sanitaria y cuestiones conexas. Los indicadores de resultados incluyen la mortalidad derivada de la maternidad, la mortalidad infantil, las tasas de prevalencia del VIH y el porcentaje de mujeres que conocen los métodos anticonceptivos.
57. Si bien los indicadores estructurales con frecuencia se enmarcan en una pregunta que requiere una respuesta sí/no, los indicadores de proceso y de resultados a menudo se utilizarán junto con puntos de referencia u objetivos para medir los cambios a lo largo del tiempo. Aun así, no hay razón conceptual alguna para que los tres tipos de indicadores no puedan generar o bien una respuesta de sí/no o bien utilizarse con puntos de referencia para medir los cambios en el tiempo.
58. El Relator Especial está particularmente interesado en los indicadores que pueden utilizar los Estados y otros para medir la realización progresiva del derecho a la salud. Por tanto, está particularmente interesado en los indicadores que, al utilizarse con los puntos de referencia, miden los cambios en el tiempo. No obstante, los indicadores que solamente generan la respuesta sí/no también pueden proporcionar información útil sobre el empeño del Estado de aplicar el derecho a la salud. Estos indicadores tienen la ventaja añadida de que la información necesaria por lo general se puede recopilar rápidamente por medio de un cuestionario de bajo costo.
59. A veces se pueden establecer vínculos plausibles entre un indicador estructural (*¿Existe una estrategia y un plan de acción para reducir las defunciones maternas?*), un indicador de proceso (la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado) y un indicador de resultados (mortalidad derivada de la maternidad). Sin embargo, los indicadores de resultados con frecuencia reflejan muchos factores complejos relacionados entre sí. Frequentemente resultará difícil establecer vínculos causales entre los indicadores estructurales, de proceso y de resultados, es decir, entre una política, una intervención y un resultado sobre el estado de salud.
60. Como ya ha destacado el Relator Especial, es equivocado esperar demasiado de los indicadores. Por ejemplo, en el caso de un indicador estructural: *¿Incluye el Estado en la Constitu-*

ción el derecho a la salud?, si la respuesta es "sí", es un dato útil. Pero si el derecho constitucional a la salud no genera debates que se coronaron con éxito ni se tiene en cuenta en la formulación de políticas nacionales, esta disposición constitucional particular tiene un valor limitado. Teniendo esto en cuenta, el Relator Especial sugiere que la respuesta a cualquier indicador se pueda complementar con una breve nota u observación (una "descripción"). Por ejemplo, en el mencionado ejemplo la respuesta podría ser: "Sí, pero todavía queda por incorporar el derecho en la formulación de políticas en materia de salud". Naturalmente, una breve nota de este tipo no disipa las múltiples limitaciones de los indicadores. Aun así, puede ayudar a proporcionar un cuadro más completo del derecho a la salud en el Estado correspondiente que una breve respuesta de sí/no o numérica.

61. En el anexo<sup>23</sup> se pueden encontrar más ejemplos concretos de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.

### **III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **EL DERECHO A UN SISTEMA DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ACCESIBLE PARA TODOS**

62. El derecho a la salud se puede interpretar como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que englobe la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, capaz de responder a las prioridades nacionales y locales y accesible para todos.
63. Una de las características más sobresalientes de los objetivos de desarrollo del Milenio es la importancia que asignan a la salud. Los objetivos no se pueden lograr sin sistemas eficaces de salud accesibles para todos. La Cumbre Mundial de 2005 confirmó que los países en desarrollo y los países desarrollados están llamados a desempeñar una función crucial en el establecimiento de sistemas de salud efectivos e inclusivos tanto en el Norte como en el Sur. Durante la Cumbre Mundial, los dirigentes mundiales acordaron adoptar en 2006 "estrategias nacionales amplias de desarrollo" para lograr, entre otras cosas, los objetivos de desarrollo del Milenio.
64. El Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de ingresos bajos y medianos a que preparen programas nacionales de salud que sean suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos en materia de salud. Al reflejar lo que en realidad se necesita financieramente para desarrollar sistemas eficaces de salud accesibles para todos, estos programas de salud deberían formar una parte central de las "estrategias nacionales amplias de desarrollo" dispuestas en la Cumbre Mundial. El Norte y el Sur deben, como cuestión de urgencia, adoptar medidas concertadas para desarrollar sistemas eficaces de salud en los países en desarrollo y las economías en transición.

---

<sup>23</sup> Also see the Special Rapporteur's General Assembly reports of 2003 and 2004 (A/58/427 and A/59/422).

## **UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD**

65. Muchos indicadores de salud existentes, que los ministerios de sanidad y otras entidades ya utilizan comúnmente, tienen una importante función que desempeñar en la medición y la supervisión de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud.
66. Los indicadores de salud se pueden utilizar para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud siempre y cuando:
  - a) Correspondan, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud;
  - b) Estén desagregados al menos por sexo, raza, etnia, población rural y urbana y situación socioeconómica; las bases para la desagregación deben revisarse teniendo en cuenta la capacidad, el contexto y el problema de salud de que se trate;
  - c) Estén complementados por indicadores adicionales que supervisan las cinco características esenciales y relacionados entre sí del derecho a la salud:
    - i) Una estrategia y un plan de acción nacionales que incluyan el derecho a la salud;
    - ii) La participación de particulares y grupos, especialmente los más vulnerables y desfavorecidos, en la formulación de las políticas y los programas de salud;
    - iii) Acceso a información sobre la salud, así como confidencialidad de los datos personales de salud;
    - iv) Asistencia y cooperación internacionales de los donantes en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo;
    - v) Mecanismos de supervisión y rendición de cuentas accesibles y eficaces.
67. Aunque es imposible que un indicador posea todas las características mencionadas en el párrafo precedente, es posible determinar una serie de indicadores que juntos tengan esas características. Por tanto, en lugar de buscar indicadores separados del derecho a la salud, es más conveniente pensar en términos de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.
68. El enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no solamente es un instrumento para ayudar a los Estados y a otras entidades, a medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. Además, el enfoque incluye características, tales como la desagregación, la participación y la rendición de cuentas que, una vez integradas en las políticas y los programas de salud, mejoren probablemente su eficacia.
69. En la medida de lo necesario, los Estados deberían adaptar los indicadores existentes (por ejemplo, mediante la introducción de una desagregación apropiada), y determinar nuevos indicadores (por ejemplo, sobre participación y rendición de cuentas), para que su práctica se ajuste al enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.
70. Con el fin de ayudar a sus Estados asociados, los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas deberían adaptar también sus indicadores existentes, en la medida de lo necesario, y determinar nuevos indicadores, que se ajusten al enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.
71. En sus directrices para la presentación de informes, el “diálogo constructivo”, las observa-

ciones finales y otros documentos, se insta a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos a que adopten, y que alienten a los Estados Partes a adoptar, el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo.

72. El ACNUDH debería continuar desempeñando su papel central de dirección en el desarrollo de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores en general, y de los indicadores de salud en particular.
73. Las ONG deberían adoptar el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.
74. Aunque este capítulo establece una metodología para el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud, es preciso seguir trabajando para que la metodología se vuelva plenamente operacional. En particular, debería prestarse más atención a:
  - El desarrollo de los indicadores que miden las cinco características esenciales del derecho a la salud: una estrategia y un plan nacionales de acción; la participación; la información sobre la salud, así como la confidencialidad de los datos personales de salud; la asistencia y la cooperación internacionales; y la supervisión y la rendición de cuentas<sup>24</sup>;
  - La exploración de la manera en que el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud podría reflejar mejor el marco analítico de la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud<sup>25</sup>.
75. En toda su labor, en particular cuando se encuentre en misiones en los países, el Relator Especial promoverá el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo. Invita a que se formulen comentarios sobre este enfoque. Teniendo en cuenta la experiencia y los comentarios recibidos, continuará perfeccionando el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.
76. La multitud existente de términos para las diversas categorías de indicadores de salud se presta a una gran confusión y es un obstáculo importante para un enfoque coherente, consistente y racional de la política sanitaria. Con el fin de desarrollar un enfoque común que resulte comprensible para los no especialistas, el Relator Especial recomienda enérgicamente que en el planteamiento basado en los derechos humanos de los indicadores de salud se adopten los siguientes términos y categorías básicos: indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de resultados. Admite que la definición de los indicadores estructurales, de proceso y resultados requerirá revisión y perfeccionamiento a la luz de la experiencia. Admite también que podrían darse casos excepcionales en que se necesite categorías adicionales de indicadores. Sin embargo, recomienda enérgicamente que la proliferación oscurantista existente de múltiples términos que se superponen se sustituya, como regla general, por los indicadores estructurales, de proceso y de resultados.
77. Por último, durante más de un decenio ha habido debates interminables sobre los derechos humanos y los indicadores. Es fundamental que estos debates avancen constantemente de lo teórico a lo práctico. Gracias a la labor de innumerables expertos en salud y derechos humanos durante muchos años, están cada vez más claras las características esenciales de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. Naturalmente, este planteamiento seguirá desarrollándose y madurando. Sin embargo, el Relator Especial recomienda enérgicamente que todas las Partes empiecen a adoptar el enfoque basado en

24 The starting point for further developing such indicators is to clarify the scope - or normative content - of each of the five essential features.

25 This framework derives from CESCR's general comment No. 14 and has been elaborated upon and applied by the Special Rapporteur in several of his reports e.g. E/CN.4/2005/51 paragraph 46.

los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud y aumentar la eficacia de las políticas y los programas de salud.

78. Como ilustración, en el anexo de este informe se ofrece un cuadro que aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores, según se describe en este capítulo, a la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

## ANEXO

### **ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA DE SALUD REPRODUCTIVA REFRENDA DA POR LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD EN MAYO DE 2004**

1. El cuadro que figura a continuación debe leerse junto con el capítulo titulado “Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud” que figura en el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (E/CN.4/2006/48, 23 de enero de 2005). El cuadro aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores, descrito en ese capítulo, a la estrategia de salud reproductiva desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.
2. La estrategia de salud reproductiva de la OMS determina cinco aspectos prioritarios o “básicos” de la salud reproductiva y sexual. Cada uno de ellos se trata separadamente en el cuadro. Los derechos humanos, en particular el derecho al más alto nivel posible de salud, es el “principio rector” de la estrategia de la OMS.
3. Si el Relator Especial fuera a preparar una estrategia de salud reproductiva, tendría algunas características que no se encuentran en la estrategia de la OMS (en general, véase su informe E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004). No obstante, para los presentes objetivos, utiliza la estrategia de la OMS y trata de proporcionar una respuesta preliminar a la pregunta: “¿Qué indicadores se necesitarían si a la estrategia de salud reproductiva de la OMS se aplicara un enfoque basado en los derechos humanos?”.
4. Como ya se explica en el capítulo mencionado, un indicador de salud puede utilizarse para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud con determinadas condiciones, siendo una de ellas que el indicador corresponda, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud. Todos los indicadores que figuran en el cuadro corresponden con suficiente precisión a una o más normas del derecho a la salud, en particular las siguientes: apartados a), d) y f) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, apartados a), c) y d) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, apartado e) iv) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y el artículo 12 de la Convención para la eliminación de todas esas formas de

discriminación contra la mujer.

5. Es importante que un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores no genere un número excesivo de indicadores. También es fundamental que los indicadores sean relativamente sencillos y estén a la altura de la capacidad de la mayoría de los Estados de reunir datos. No tiene sentido determinar un gran número de indicadores, muchos de los cuales están más allá de la capacidad de la mayoría de los Estados. Por tanto, los indicadores deben estar fácilmente disponibles, o disponibles sin un gasto adicional considerable. Cada indicador puede complementarse con una nota explicativa o un comentario breve.
6. Los indicadores que aparecen en el cuadro no son exhaustivos ni definitivos. Un Estado tal vez quiera añadir al cuadro o restarle indicadores. No obstante, el Relator Especial tiene la esperanza de que los siguientes indicadores ayuden a los Estados y otras entidades que están decididos a supervisar la realización del derecho a la salud.
7. El Relator Especial recibirá con gratitud observaciones sobre la forma de fortalecer el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se expone en el capítulo correspondiente y se aplica en el cuadro que figura continuación. Está sumamente agradecido a todos aquellos -especialmente el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS- que le ofrecieron asesoramiento indispensable en relación con este anexo. Al preparar el cuadro, el Relator Especial se ha basado, y recomienda enérgicamente, *Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A tool for strengthening laws, policies and standards of care*, publicación conjunta del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (Organización Mundial de la Salud) y el Programa de salud internacional y derechos humanos del Centro François-Xavier Bagnoud para la salud y los derechos humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard (2005). Acogerá con especial satisfacción sugerencias sobre la forma de fortalecer los indicadores relacionados con las cinco características esenciales del derecho a la salud determinadas en el párrafo 49 c) del capítulo correspondiente.

**Cuadro**  
**Indicadores del derecho a la salud**

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Contexto jurídico básico</b>	<p>S1. ¿Ha ratificado el Estado los siguientes tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) PIDESC? (Sí/No)</li> <li>b) CDN? (Sí/No)</li> <li>c) CEDAW? (Sí/No)</li> <li>d) CIEDR? (Sí/No)</li> </ul> <p>S2. ¿Incluye la Constitución del Estado el derecho a la salud? (Sí/No)</p> <p>S3. ¿Reconoce expresamente la legislación del Estado el derecho a la salud, en particular los derechos a la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</p>	<p>P1. Número de informes que el Estado ha presentado a los órganos creados en virtud de tratados que supervisan los siguientes tratados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) PIDESC;</li> <li>b) CDN;</li> <li>c) CEDAW;</li> <li>d) CIERD.</li> </ul> <p>P2. Número de decisiones judiciales nacionales que se refirieron a los derechos a la salud sexual y reproductiva en los últimos cinco años.</p>	Contexto jurídico básico.
<b>Contexto financiero básico</b>	<p>S4. ¿Tiene el Estado una ley para garantizar el acceso universal a los cuidados de la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</p>	<p>P3. Porcentaje del presupuesto gubernamental asignado a la salud.</p> <p>P4. Porcentaje del <i>presupuesto de salud</i> gubernamental asignado a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>P5. Porcentaje de los <i>gastos de salud</i> gubernamentales asignados a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>P6. <i>Gasto per cápita</i> en salud sexual reproductiva.</p>	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Estrategia y plan de acción nacionales</b>	<p>S5. ¿Tiene el Estado una estrategia y un plan de acción nacionales de salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</p> <p>S6. ¿Proporciona la estrategia/plan de acción <i>acceso universal</i> a la atención de la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</p> <p>S7. La estrategia/el plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Reconoce expresamente los derechos a la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</li> <li>b) ¿Determina claramente: <ul style="list-style-type: none"> <li>i) los objetivos? (Sí/No)</li> <li>ii) los marcos cronológicos? (Sí/No)</li> <li>iii) los responsables y sus obligaciones? (Sí/No)</li> <li>iv) los procedimientos de presentación de informes? (Sí/No)</li> </ul> </li> <li>c) ¿Incluye expresamente medidas para beneficiar a los grupos vulnerables? (Sí/No)</li> </ul>	P7. ¿Reúne el Estado datos suficientes para evaluar el rendimiento de la estrategia/plan de acción, en particular en relación con los grupos vulnerables? (Sí/No)	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Participación</b>	<p>S8. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para el Estado para consultar periódicamente a una amplia gama de representantes de los siguientes grupos, al formular, aplicar y supervisar la política de salud sexual y reproductiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? (Sí/No)</li> <li>b) organizaciones de profesionales de la salud? (Sí/No)</li> <li>c) gobiernos locales? (Sí/No)</li> <li>d) dirigentes de la comunidad? (Sí/No)</li> <li>e) grupos vulnerables? (Sí/No)</li> <li>f) el sector privado? (Sí/No)</li> </ul>	P8. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para el Estado para consultar periódicamente a una amplia gama?	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Información</b>	<p>S9. ¿Protege la legislación del Estado el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)</p> <p>S10. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción para difundir información sobre salud sexual y reproductiva entre el público? (Sí/No)</p> <p>S11. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para que el Estado difunda periódicamente información sobre sus políticas de salud sexual y reproductiva entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? (Sí/No)</li> <li>b) organizaciones de profesionales de salud? (Sí/No)</li> <li>c) gobiernos locales? (Sí/No)</li> <li>d) medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? (Sí/No)</li> </ul> <p>S12. ¿Protege la legislación del Estado la confidencialidad de la información personal de la salud?</p> <p>S13. ¿Requiere la legislación del Estado el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento?</p>	<p>P9. Porcentaje de personas expuestas a información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención materna y del recién nacido;</li> <li>b) Servicios de planificación de la familia;</li> <li>c) Aborto/atención posterior al aborto;</li> <li>d) Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;</li> <li>e) Prevención y tratamiento del cáncer cervical y otros trastornos ecológicos.</li> </ul> <p>P10. ¿Difunde el Estado periódicamente información sobre sus políticas de salud sexual y reproductiva entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? (Sí/No)</li> <li>b) organizaciones de profesionales de salud? (Sí/No)</li> <li>c) gobiernos locales? (Sí/No)</li> <li>d) medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? (Sí/No)</li> </ul> <p>P11. Porcentaje de instalaciones médicas con protocolos sobre la confidencialidad de la información personal de salud.</p> <p>P12. Porcentaje de profesionales de la salud que han recibido formación sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La confidencialidad de la información personal de salud;</li> <li>b) El requisito del consentimiento fundamentado para aceptar/rechazar un tratamiento</li> </ul>	<p>O1. Porcentaje de mujeres que tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos (tradicionales o modernos). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O2. Porcentaje de personas entre los 15 y los 24 años que saben cómo prevenir la infección por VIH. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O3. Porcentaje de personas que creen que la información personal revelada a los profesionales de salud se convierte en confidencial. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Instituciones nacionales de derechos humanos</b>	S14. ¿Tiene el Estado Parte una institución nacional de derechos humanos con un mandato que incluya los derechos a la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)	P13. Número de actividades que ha celebrado la institución sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en los últimos cinco años:  a) Programas de formación; b) Campañas públicas.  P14. Número de denuncias relativas a los derechos a la salud sexual y reproductiva examinado por la institución en los últimos cinco años.	
<b>Asistencia y cooperación internacionales (estos indicadores son para los donantes)</b>	S15. ¿Está basada en los derechos la política estatal de asistencia al desarrollo de otros países? (Sí/No)  S16. ¿Tiene la política del Estado sobre el desarrollo de otros países disposiciones específicas para promover y proteger los derechos a la salud sexual reproductiva? (Sí/No)	P15. Porcentaje de la asistencia al desarrollo de otros países dirigido a la salud sexual y reproductiva.  P16. ¿Incluyen los informes del Estado a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos una relación detallada de la asistencia y la cooperación internacionales que ofrece, en particular en relación con la salud sexual y reproductiva? (Sí/No/No se aplica)  P17. ¿Proporciona el Estado un informe anual relativo a los países concretos sobre su asistencia y cooperación internacionales, en particular en relación con la salud sexual y reproductiva:  a) al Gobierno del país receptor? (Sí/No) b) al público del país receptor? (Sí/No)	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 1:</b> <b>Mejorar la asistencia antenatal, en el parto, después del parto y al recién nacido</b>	<p>S17. ¿Tiene el Estado una estrategia o plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) para reducir las defunciones maternas y sus causas? (Sí/No)</li> <li>b) para garantizar un sistema universal de remisión de las emergencias obstétricas? (Sí/No)</li> <li>c) para el acceso y la atención, el tratamiento y el apoyo de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH? (Sí/No)</li> </ul>	<p>P18. Número de instalaciones por 500.000 habitantes que proporcionan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención básica de obstetricia;</li> <li>b) Atención obstétrica completa.</li> </ul> <p>P19. Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P20. Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido asesoramiento y se les han practicado análisis para el VIH/SIDA. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P21. Porcentaje de mujeres embarazadas sometidas a un análisis para detectar la sifilis. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>	<p>O4. Porcentaje de mujeres con acceso a atención antenatal, de parto, después del parto y del recién nacido. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O5. Tasa de mortalidad materna (número de defunciones de madres por 100.000 nacidos vivos)*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O6. Incidencia del VIH entre las mujeres embarazadas (de 15 a 24 años)*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O7. Incidencia de la sifilis entre las mujeres embarazadas (de 15 a 24 años). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O8. Tasa de mortalidad neonatal (número de niños que mueren durante el primer mes de vida por 1.000 nacidos vivos). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 2: Prestación de servicios de planificación de la familia de alta calidad</b>	<p>S18. ¿La legislación del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) requiere la autorización de terceros para que las mujeres reciban servicios de planificación de la familia? (Sí/No)</li> <li>b) especifica que solamente las mujeres casadas pueden recibir servicios de planificación de la familia? (Sí/No)</li> </ul> <p>S19. ¿Incluye la lista nacional de medicamentos esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) los preservativos? (Sí/No)</li> <li>b) los anticonceptivos hormonales, en particular los anticonceptivos de emergencia? (Sí/No)</li> </ul>	<p>P22. Porcentaje de servicios de atención primaria de la salud que proporcionan servicios completos de planificación de la familia (la gama completa de información sobre anticonceptivos, asesoramiento y suministros para al menos seis métodos, en particular masculinos y femeninos, temporales, permanentes y anticonceptivos de emergencia).</p>	<p>O09. Porcentaje de personas con acceso a servicios completos de planificación de la familia. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O10. Porcentaje de mujeres que corren el riesgo de embarazo y que están utilizando (o su pareja está utilizando) un método anticonceptivo (todos los métodos)*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O11. Porcentaje de mujeres que pueden quedarse embarazadas y quieren evitar el embarazo, pero que no están utilizando (y cuya pareja no está utilizando) un método anticonceptivo. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 3:</b> <b>Eliminar el aborto no seguro</b>	<p>S20. ¿Permite la legislación del Estado el aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) a solicitud de la interesada? (Sí/No)</li> <li>b) por razones económicas o sociales? (Sí/No)</li> <li>c) por la salud física y/o mental de la mujer? (Sí/No)</li> <li>d) para salvar la vida de la mujer? (Sí/No)</li> <li>e) en los casos de violación o incesto? (Sí/No)</li> <li>f) por defecto del feto? (Sí/No)</li> <li>g) en ninguna circunstancia? (Sí/No)</li> </ul>	<p>P23. Porcentaje de los centros de servicios de parto que ofrecen abortos y/o atención posterior al aborto.</p> <p>P24. Porcentaje de facultativos médicos formados para la atención durante el aborto y después del aborto.</p>	<p>O12. Porcentaje de mujeres con acceso al aborto y/o la atención posterior al aborto. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O13. Tasa de abortos (número de bortos por 1.000 mujeres en edad fértil). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O14. Porcentaje de defunciones maternas atribuidas a abortos no seguros. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	Indicadores estructurales	Indicadores de proceso	Indicadores de resultados
<b>Aspecto prioritario 4:</b> <b>Luchar contra las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas</b>	<p>S23. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH? (Sí/No)</li> <li>b) para tratar las infecciones de transmisión sexual? (Sí/No)</li> <li>c) para proporcionar tratamiento antirretroviral a las personas que viven con el VIH? (Sí/No)</li> <li>d) para prevenir el cáncer cervicouterino? (Sí/No)</li> </ul>	<p>P25. Número de preservativos disponibles para la distribución en todo el país (durante los 12 meses precedentes) y por población de 15 a 49 años de edad.</p> <p>P26. Porcentaje de centros de servicios de planificación de la familia que ofrecen asesoramiento sobre la protección doble de las infecciones de transmisión sexual/VIH y los embarazos no deseados.</p> <p>P27. Porcentaje de mujeres a las que se han practicado análisis para el cáncer cervicouterino durante los últimos cinco años.  <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>	<p>O15. Porcentaje de personas con acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención sanitaria para las infecciones de transmisión sexual;</li> <li>b) Cuidados preventivos para el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas.</li> </ul> <p><i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O16. Porcentaje de personas con síntomas de infecciones de transmisión sexual que hayan declarado ellos mismos o que se les hayan diagnosticado, clasificados por trastorno. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O17. Prevalencia del VIH en grupos de población con conductas de alto riesgo. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O18. Porcentaje de mujeres con cáncer cervicouterino. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	Indicadores estructurales	Indicadores de proceso	Indicadores de resultados
<b>Aspecto prioritario 5: Promover la salud sexual, en particular entre los adolescentes</b>	<p>S24. ¿Requiere la legislación del Estado educación amplia de salud sexual durante los años obligatorios de escuela? (Sí/No)</p> <p>S25. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes? (Sí/No)</p> <p>S26. ¿Prohibe la legislación del Estado la violencia sexual, en particular la violación marital? (Sí/No)</p> <p>S27. ¿Prohibe la legislación del Estado la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales? (Sí/No)</p> <p>S28. ¿Prohibe la legislación del Estado el matrimonio tanto de hombres como de mujeres antes de los 18 años? (Sí/No)</p> <p>S29. ¿Requiere la legislación del Estado el consentimiento pleno y libre de las partes respecto del matrimonio? (Sí/No)</p>	<p>P28. Porcentaje de personas de 15 a 19 años que han recibido educación amplia de salud sexual en la escuela. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P29. Número de incidentes de violencia sexual, incluida la violación marital, denunciados a los agentes de orden público y/o a los profesionales de salud en los últimos cinco años.</p>	<p>O19. Porcentaje de personas de 15 a 19 años que saben cómo prevenir la infección por VIH.</p> <p>O20. Tasa de fecundidad por edad (15 a 19 y 20 a 24 años). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O21. Edad al contraer matrimonio. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>Q22. Porcentaje de mujeres que han sido objeto de la mutilación genital femenina. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

## Clave

PIDESC - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

CDN - Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

CEDAW -Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

CIEDR -Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

\* Señala un indicador del objetivo de desarrollo del Milenio.



## Asamblea General

Distr.  
GENERAL

8 de agosto de 2007

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

---

### Sexagésimo segundo periodo de sesiones

Tema 72 b) del programa provisional\*

Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones relativas a los derechos humanos, incluidos distintos criterios para mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales

## **DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

### **NOTA DEL SECRETARIO GENERAL**

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos, en la que el Consejo decidió que los mandatos de los procedimientos especiales se renovarían, en su caso, hasta la fecha en que fueran examinados por el Consejo de acuerdo con su programa de trabajo.

# **INFORME DEL RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

## **RESUMEN**

El presente informe, preparado de conformidad con la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos, consta de tres secciones principales.

En primer lugar, habida cuenta de que el presupuesto dedicado a la salud no es ilimitado, cabe pre-guntar de qué manera puede el Estado establecer esas prioridades de las intervenciones de salud de manera tal que se respeten los derechos humanos. En la sección II se hacen algunas observaciones preliminares sobre esta compleja cuestión y se insta a todas las partes a dedicar más atención al difí-cil problema de establecer las prioridades de las cuestiones relacionadas con la salud.

La Comisión de Derechos Humanos pidió al Relator Especial que estudiara la posibilidad de realizar evaluaciones de los efectos para la salud. En la sección III del presente informe se esboza un estudio sobre esta cuestión del cual fue coautor el Relator Especial. En ese estudio se expone una metodo-logía para la evaluación de los efectos sobre el derecho a la salud y se afirma que tales evaluaciones constituyen una ayuda para la formulación de políticas equitativas, inclusivas, sólidas y sostenibles.

El derecho al más alto nivel de salud posible abarca la atención médica y factores subyacentes deter-minantes de la salud como el agua, el saneamiento, la alimentación, la vivienda y la no discrimina-ción. Existe una tendencia lamentable a dedicar excesiva atención a la asistencia médica a expensas de los subyacentes factores determinantes de la salud.

La sección IV del informe se concentra en dos ejemplos de estos factores determinantes de la salud, a saber, el acceso al agua potable y a un adecuado saneamiento. Se consideran el agua y el sanea-miento dentro del marco analítico del derecho a la salud y se formulan varias recomendaciones para los Estados y otros agentes.

## Índice

I. Introducción

II. Establecimiento de prioridades de las intervenciones relacionadas con la salud y respeto de los derechos humanos

III. Evaluaciones de los efectos y derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

IV. El agua, el saneamiento y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

V. Conclusiones y recomendaciones

## I. INTRODUCCIÓN

1. En su resolución 60/251, de 15 de marzo de 2006, la Asamblea General decidió concluir los trabajos de la Comisión de Derechos Humanos y estableció el Consejo de Derechos Humanos. El mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“derecho al más alto nivel posible de salud” o “derecho a la salud”) figura en las resoluciones 2002/31 y 2004/27 de la Comisión. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 5/1, prorrogó el mandato del Relator Especial. El presente informe se ha preparado de conformidad con esta resolución.
2. En octubre de 2006 el Relator Especial visitó el Perú, donde celebró reuniones de seguimiento de su misión a ese país realizada en junio de 2004 (véase E/CN.4/2005/51/Add.3). Con posterioridad a esa visita, en agosto de 2007 el Relator Especial dirigió al Gobierno del Perú una carta en la que le pedía más información acerca de las medidas de seguimiento adoptadas en respuesta a las recomendaciones que figuraban en el informe de su misión de 2004.
3. En febrero de 2007 el Relator Especial visitó Uganda. Esta misión persiguió dos objetivos principales: comprender el papel desempeñado por Suecia, en particular por el Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional, en relación con el logro del más alto nivel posible de salud en Uganda; y dar seguimiento a la misión del Relator Especial a Uganda efectuada en marzo de 2005 (véase E/CN.4/2006/48/Add.2). En octubre de 2006 el Relator Especial visitó también Washington, D.C. para reunirse con los directores ejecutivos por los países nórdicos y bálticos en el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El Relator Especial presentará un informe al respecto al Consejo de Derechos Humanos.
4. En mayo de 2007 el Relator Especial visitó el Ecuador. La misión al Ecuador se llevó a cabo con objeto de investigar los efectos para la salud de la aspersión aérea con glifosato efectuada a lo largo de la frontera entre el Ecuador y Colombia; se presentará un informe al respecto al Consejo de Derechos Humanos. En el Ecuador, el Relator Especial también celebró consultas con organizaciones de la sociedad civil sobre otras cuestiones relacionadas con el derecho a la salud, y a propósito de ello se propone dirigir una carta al Gobierno. Su correspondencia, al igual que toda respuesta o respuestas que reciba del Gobierno, se darán a conocer públicamente.
5. El Relator Especial visitó Suecia en junio de 2007 con objeto de deliberar sobre el informe de su misión a ese país efectuada en enero de 2006, el cual se presentó al Consejo en su cuarto período de sesiones, celebrado en marzo de 2007 (A/HRC/4/28/Add.2). Durante esta visita, el Relator Especial, entre otras cosas, celebró reuniones con altos funcionarios del Gobierno y con representantes de la sociedad civil.
6. En noviembre de 2006 el Consejo, en su resolución 2/108, pidió al Relator Especial que determinara y estudiara, desde la perspectiva del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, las características principales de un sistema de salud eficaz, integrado y accesible. Entre noviembre de 2006 y julio de 2007, el Relator Especial celebró varias consultas sobre esta cuestión con representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH); organizaciones no gubernamentales, entre ellas Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative, Save the Children UK y Care-Perú; y con varios académicos, investigadores y trabajadores de la salud. El Relator Especial prosigue las investigaciones y la celebración de consultas sobre

esta cuestión y presentara al Consejo un informe al respecto en su próximo período de sesiones.

7. El Relator Especial ha enviado algunos llamamientos urgentes y otras comunicaciones a diferentes gobiernos; además, ha emitido varios comunicados de prensa. Dará cuenta de las comunicaciones en su informe anual al Consejo.
8. Entre enero y julio de 2007, el Relator Especial participó en varias reuniones convocadas por organizaciones internacionales, gobiernos y entidades de la sociedad civil. En enero intervino en una reunión de la Federación Internacional de Planificación de la Familia celebrada en Londres y también sostuvo una reunión con el Presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. En febrero, asistió a la reunión del Grupo de referencia del ONUSIDA celebrada en Ginebra y pronunció un discurso de apertura en la conferencia de la Alianza de la Sanidad Pública celebrada en Belfast. En marzo hizo uso de la palabra en una reunión organizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Centro de Derechos Reproductivos que se celebró en Nueva York, durante el período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, y dictó una conferencia sobre la mortalidad materna y los derechos humanos en el Trinity College de Dublin. Ese mismo mes visitó los Países Bajos, celebró consultas con representantes de Médicos sin Fronteras y pronunció discursos en las Universidades de Tilburg y Utrecht. En marzo, el Relator Especial asistió al cuarto período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos y pronunció un discurso de apertura en la Conferencia Medsin sobre Salud Global, celebrada en Newcastle (Reino Unido). En abril hizo uso de la palabra en la reunión de la secretaría internacional de la organización Amnistía Internacional, y en mayo asistió a una reunión organizada por Glaxo Smith Kline para examinar el papel de esta organización en el suministro de acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA. En junio participó en la reunión anual de los procedimientos especiales del Consejo, organizada por el ACNUDH. Ese mismo mes pronunció un discurso en una conferencia organizada en Prato (Italia) por la Monash University de Australia y el King College de Londres, y además visitó Polonia para hacer uso de la palabra en una reunión organizada por la Federation for Women and Family Planning. En julio intervino en las reuniones organizadas en Wellington por New Zealand Aid y el Organismo Internacional de Desarrollo y por la organización de la sociedad civil Health Promotion Forum. También impartió un curso sobre la salud, el desarrollo y los derechos humanos organizado por la Iniciativa en favor de la salud y los derechos humanos, de la Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia).
9. El Relator Especial sigue preparando proyectos de directrices relativas al acceso a los medicamentos para las empresas farmacéuticas y espera concluir en las próximas semanas un proyecto que someterá a consultas.
10. Todos los documentos de las Naciones Unidas relacionados con la labor del Relator Especial pueden consultarse en el sitio del ACNUDH en la web ([www.ohchr.org/english/issues/health/right](http://www.ohchr.org/english/issues/health/right)). Para facilitar su consulta, esos documentos, así como determinados documentos de sesión y otra información, también se encuentran en el sitio en la web de la Dependencia del Derecho a la Salud del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex ([www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth.shtml](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtml)).

## **II. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DE LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD Y RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS**

11. En el transcurso de su mandato el Relator Especial ha reiterado que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe orientar las políticas nacionales e internacionales pertinentes y estar integrado en ellas. Para lograrlo se necesitan nuevas técnicas e instrumentos en materia de derechos humanos. Las técnicas que se emplean tradicionalmente en éste ámbito, a saber, formular denuncias públicas, emprender campañas para promover el envío de cartas y utilizar antecedentes, lemas y otros recursos similares no bastan para el cumplimiento de esta tarea. Si bien todavía pueden desempeñar un papel crucial en la reivindicación del derecho a la salud<sup>1</sup>, no bastan por sí solas. Una de las nuevas técnicas que se necesitan consiste en alguna forma de vigilar la realización progresiva del derecho a la salud. De ahí que en 2006 el Relator Especial dedicara un informe a examinar un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos (E/CN.4/2006/48). Otro instrumento al que debe prestarse más atención es el de las evaluaciones de los efectos; por tal motivo, en el presente informe se incluye una sección al respecto.
12. La integración del derecho a la salud en la formulación de políticas nacionales e internacionales también plantea otros problemas. Por ejemplo, los encargados de adoptar decisiones se ven frente a recursos limitados, y por tanto, tienen que escoger entre diferentes políticas y programas relacionados con la salud, todos los cuales contribuyen de una u otra manera a la realización del derecho a la salud. Una de las preguntas más difíciles que se formulan al Relator Especial cuando cumple una misión en un país es la siguiente: "Habida cuenta de que el presupuesto es limitado, ¿cómo puede el Ministro de Salud asignar prioridades entre las intervenciones de salud de una manera compatible con las obligaciones nacionales e internacionales del gobierno en materia de derechos humanos?"
13. A lo largo de muchos años, las entidades que se ocupan de la salud han generado una literatura y una práctica amplias en materia de establecimiento de prioridades o racionalización de las intervenciones de salud. La eficacia en función del costo y la equidad se encuentran entre los principios que aplican los economistas y los éticos del ámbito de la salud para ayudar a orientar a los encargados de formular la política por este difícil terreno. Si bien éstos no han resuelto los dilemas (están lejos de lograrlo), han prestado una atención considerable a estas cuestiones.
14. En cambio, las entidades de defensa de los derechos humanos aún no han dedicado a estas importantes cuestiones la atención consecuente que merecen. Salvo honorables excepciones, es muy escasa la literatura de derechos humanos dedicada a este asunto<sup>2</sup>. Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados no ofrecen una orientación minuciosa sobre la manera en que los Estados pueden asignar prioridades de una forma compatible con sus obligaciones en materia de derechos humanos.

1 Por ejemplo, véase el informe del Relator Especial de enero de 2007 (A/HRC/4/28), Secc. III.

2 Esta cuestión se aborda en algunas publicaciones y casos judiciales, por ejemplo, *Soobramoney contra el Ministro de Salud, Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 32/97*, 26 de noviembre de 1997; y F. Alvarez-Castillo, T.K. Sundari Ravindran y H. de Pinho, "Prioritisation", en T.K. Sundari Ravindran y H. de Pinho, eds, *The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*, (Universidad de Witwatersrand, 2005).

15. Esta es una situación sorprendente dado que el establecimiento de prioridades plantea profundos problemas en relación con los derechos humanos. En la práctica, con frecuencia se han privilegiado las necesidades de salud de poblaciones urbanas acaudaladas en detrimento de los derechos de los pobres de zonas rurales y se han pasado por alto los derechos relativos a la salud de las mujeres, las personas con discapacidad y otros grupos desfavorecidos. Esta repetición y profundización de las pautas de inclusión y exclusión atenta contra el derecho al más alto nivel posible de salud.
16. Con todo, aún hay quienes afirman que la comunidad de derechos humanos no debería involucrarse en lo relativo al establecimiento de prioridades. Su respuesta al problema de las prioridades es sencilla: asignar más recursos para la atención de la salud<sup>3</sup>. Esta respuesta es correcta en parte. Hay un gran número de países que gastan mucho menos del nivel mínimo de 34 dólares per cápita para los gastos de salud recomendado por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS<sup>4</sup>. De ahí que, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, en general sea totalmente legítima la exhortación a que se invierta más en el sector de la salud.
17. No obstante, aún cuando se pongan a disposición más recursos, no es probable que alcancen para sufragar todas las necesidades en materia de salud. En otras palabras, de todas maneras habrá que tomar difíciles decisiones en cuanto a la asignación de prioridades, si bien ésta carece de sentido cuando los recursos disponibles no llegan a un umbral mínimo. En consecuencia, quienes desean ver el derecho a la salud integrado en los procesos de formulación de políticas generalmente no se sienten satisfechos con la mera exhortación al aumento de los recursos dedicados a la salud.
18. El modesto propósito de esta sección es instar a todas las partes interesadas a que presten más atención a la compleja y delicada cuestión del establecimiento de prioridades en el ámbito de la salud de una manera compatible con los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud. A fin de estimular el debate de esta cuestión, en los siguientes párrafos se exponen algunas breves observaciones preliminares<sup>5</sup>.
19. El establecimiento de prioridades exige una estrecha colaboración entre los especialistas en derechos humanos y los especialistas del ámbito de la salud, incluidos los epidemiólogos y los economistas.
20. En lo que respecta a derechos humanos, a veces se observa un resultado sustantivo obtenido gracias a la asignación de prioridades, pero lo más frecuente es que surjan diversas consideraciones de procedimiento (por ejemplo, participación, supervisión y rendición de cuentas) que deben tenerse en cuenta al establecer prioridades.
21. Para una autoridad del sector de la salud sería muy difícil, si no imposible, aplicar el derecho a la salud a la cuestión del establecimiento de prioridades a menos que también integrara los derechos humanos en la totalidad de sus responsabilidades. En resumen, una autoridad del sector de la salud no puede aplicar debidamente el derecho a la salud al proceso de establecimiento de prioridades *de forma aislada*.
22. El derecho a la salud incluye el derecho a recibir atención médica y factores determinantes

3 *Ello está en consonancia con la obligación del Estado, prevista en el párrafo 1) del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de dedicar hasta el máximo de los recursos de que disponga al derecho a la salud.*

4 Véase Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en la salud en pro del desarrollo económico*, (OMS, 2001).

5 La información se basa en monografías preparadas por Carla Clarke, Gunilla Backman, Rajat Khosla y Stephanía Tripodi para un proceso de consultas oficiales organizado por la Federación Internacional de Organizaciones de Derechos Humanos y Salud (IFHHRO) y la Universidad de Essex en julio de 2005, así como en un proyecto de capítulo preparado por Judith Bueno de Mesquita posteriormente ese mismo año, a raíz de consultas adicionales. A todos expresamos nuestro agradecimiento.

de la salud tales como un nivel adecuado de saneamiento, agua, nutrición y vivienda. Por consiguiente, el establecimiento de prioridades que abarquen una gama de sectores, y no sólo el de la salud, tendrá una profunda repercusión en el derecho a la salud. Esto pone de relieve la importancia decisiva de la colaboración intersectorial para posibilitar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud.

23. El enfoque basado en los derechos humanos no entraña la demanda excesiva de que todos los derechos humanos deban realizarse de inmediato. En cambio, se reconocen las realidades presentes, incluidas las limitaciones de recursos, y se admite la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período. El establecimiento de prioridades debe llevarse a cabo en el contexto de esta realización progresiva.
24. En consecuencia, el establecimiento de prioridades debe efectuarse dentro del marco de una amplia estrategia nacional de salud en la que se indique detalladamente de qué manera se propone el Estado aplicar progresivamente los diversos elementos del derecho al más alto nivel posible de salud. Esta estrategia, a su vez, debe sustentarse con una amplia y actualizada evaluación de referencia de la situación de salud y con el ejercicio del derecho a la salud en todo el territorio.
25. Toda persona tiene derecho a participar en el proceso de adopción de decisiones relacionadas con la salud que puedan afectarla<sup>6</sup>. El proceso de fijación de prioridades debe incluir la participación activa y con conocimiento de causa de todos los interesados, incluso de grupos marginados, en la elaboración del programa, la adopción de decisiones y las disposiciones relativas a vigilancia y rendición de cuentas.
26. Desde la perspectiva de los derechos humanos, al establecerse las prioridades debe tenerse especialmente en cuenta la mejora de la situación de las poblaciones, comunidades e individuos más desfavorecidos del país de que se trate, incluidas las personas que viven en la pobreza. En otras palabras, la vulnerabilidad y la situación de desventaja figuran entre los criterios razonables y objetivos que es preciso aplicar a la hora de establecer prioridades. Debe tenerse en cuenta la discriminación, tanto directa como indirecta. Por tanto, los datos deben desagregarse en la mayor medida posible.
27. Se necesitan mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas en el proceso de determinación de prioridades y también en la aplicación de las prioridades escogidas. A este efecto, es indispensable contar con indicadores y elementos de referencia apropiados.
28. El derecho a la salud incluye algunas obligaciones de efecto inmediato que no están sujetas a la realización progresiva. Estas obligaciones básicas reflejan los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud, tales como la no discriminación, la preparación de una estrategia de salud nacional amplia, una atención primaria de la salud integrada (de conformidad con lo expresado en la Declaración de Alma-Ata) y acceso al saneamiento básico. Pese a las importantes ideas formuladas por varios autores, aún queda mucho por hacer para aclarar el contenido de estas obligaciones básicas<sup>7</sup>. No obstante, si se logra determinar con suficiente claridad las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud, el proceso de establecimiento de prioridades no debe perjudicarlas.
29. Habida cuenta del requisito de realización progresiva, todos los elementos del derecho a la salud deben mantener por lo menos sus actuales niveles de aplicación (el principio de "no regresión").

<sup>6</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, *Observación general No. 14*, párr. 54.

<sup>7</sup> Véanse Audrey R. Chapman y Sage Russell, (eds.), *Core obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights* (Amberes, Intersentia, 2002).

30. En consonancia con sus responsabilidades en cuanto a la asistencia y la cooperación internacionales en materia de derechos humanos, los países donantes deberían ayudar a los países en desarrollo a establecer las prioridades de una manera compatible con el derecho a la salud. Los donantes y las organizaciones internacionales, incluidas las instituciones financieras internacionales, deberían asegurar que sus políticas y programas apoyaran las prioridades nacionales de los países receptores decididas mediante procesos democráticos y de participación.

## **CONCLUSIONES**

31. Si bien los derechos humanos deben hacer una contribución constructiva al establecimiento de prioridades, es poco probable que ofrezcan respuestas claras para cuestiones muy complejas, como tampoco pueden hacerlo la ética, la economía ni las teorías generales de la justicia. Es probable que lleven a descartar algunos procesos y opciones y dejen en pie otras, que serán todas legítimas.
32. Los párrafos precedentes son sólo aspectos preliminares para el examen. Se necesita una labor mucho más amplia para analizar en detalle la contribución filosófica y práctica de los derechos humanos al establecimiento de prioridades en materia de salud. A medida que madura el movimiento en favor de los derechos humanos y del derecho a la salud, es muy importante que responda a este desafío. Además, la aplicación de los derechos humanos al proceso de establecimiento de prioridades aclarará algunas interpretaciones erróneas comunes sobre el derecho al más alto nivel posible de salud y ayudará a establecer un terreno común muy amplio entre la salud pública, la medicina y los derechos humanos.

## **III. EVALUACIONES DE LOS EFECTOS Y DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD**

33. Toda autoridad normativa moderna, a menos que se rija puramente por la ideología, deseará considerar de manera equilibrada, objetiva y racional, el efecto probable de una política nueva propuesta, especialmente para las personas que viven en la pobreza. Además, antes que un Estado ponga en vigor una propuesta nueva deberá cerciorarse de que la iniciativa es compatible con sus obligaciones jurídicas nacionales e internacionales, incluidas las relativas a los derechos humanos.
34. En tales circunstancias, existe la demanda cada vez mayor de que los gobiernos realicen evaluaciones de los efectos para los derechos humanos antes de aprobar y poner en práctica políticas, programas y proyectos nuevos. Sin embargo, hasta la fecha han sido relativamente escasas las actividades de preparación de metodologías e instrumentos que ayuden a los gobiernos a realizar evaluaciones de los efectos para los derechos humanos.
35. En su informe inicial a la Comisión de Derechos Humanos, presentado en 2003, el Relator Especial explicó que deseaba examinar los análisis de los efectos en el contexto del derecho a la salud (E/CN.4/2003/58, párrs. 82 a 85). En respuesta, la Comisión pidió concretamente al

Relator Especial que continuara con su análisis de las evaluaciones de los efectos en la salud<sup>8</sup>. Posteriormente, el Relator Especial ha examinado las evaluaciones de los efectos en relación con las normas y políticas relativas al comercio<sup>9</sup>. Asimismo, durante sus misiones en los países ha planteado la cuestión de las evaluaciones de los efectos en los casos pertinentes<sup>10</sup>.

36. En 2006, el Relator Especial fue coautor, junto con Gillian MacNaughton, de un informe sobre las evaluaciones de los efectos, la pobreza y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>11</sup>. La investigación fue financiada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)<sup>12</sup>. El proyecto perseguía el propósito de contribuir a la formulación de una metodología de evaluación de los efectos para los derechos humanos, con especial hincapié en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. El informe tiene más de 60 páginas e incluye cuatro anexos pormenorizados. La presente sección constituye una breve introducción de ese informe.
37. La evaluación de los efectos para los derechos humanos es el proceso por el cual se predicen las posibles consecuencias para el disfrute de los derechos humanos de una política, un programa, o un proyecto propuesto. El objetivo de la evaluación es informar a los encargados de adoptar decisiones y a las personas que probablemente serán afectadas, a fin de que puedan mejorar la propuesta en el sentido de reducir los posibles efectos negativos y aumentar los positivos. La evaluación de los efectos para los derechos humanos es un concepto relativamente reciente. Sin embargo, otras formas de evaluación de los efectos como, por ejemplo, las evaluaciones de los efectos ambientales y sociales, son actualmente procesos bien establecidos y corrientes que se llevan a cabo en muchos países para evaluar propuestas de políticas, programas y proyectos. De igual modo, antes de aprobar y poner en práctica tales iniciativas es preciso evaluarlas para conocer sus efectos sobre los derechos humanos.
38. En el informe se estudian, para derivar los criterios principales que contienen, tres iniciativas precursoras de la evaluación de los efectos para los derechos humanos: a) el manual titulado *Handbook in Human Rights Assesment* (2001), del Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo; b) la iniciativa de Derechos y Democracia relativa a la evaluación de los efectos para los derechos humanos (2007); y c) el *Rights of women assesment instrument* (2006), del Comité Humanista de Derechos Humanos. El informe se concentra en la obligación de los gobiernos de llevar a cabo evaluaciones de los efectos a fin de cumplir su obligación con respecto a la realización progresiva de los derechos humanos. Por consiguiente, se propone una metodología adaptada concretamente a evaluaciones de las políticas, programas y proyectos gubernamentales<sup>13</sup>. Es importante señalar que la finalidad de la metodología es evaluar iniciativas propuestas: no se prevé realizar evaluaciones de los efectos de iniciativas que ya se han aplicado. Desde luego, la formulación de una metodología de este género es una empresa complicada y requerirá más trabajos y deliberaciones. Se acogerá con sumo agrado toda observación sobre el estudio.
39. Al diseñar una metodología de evaluación de los efectos existen por lo menos dos enfoques definidos. El primero consiste en elaborar una metodología independiente de evaluación de

8 Véanse Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2003, Suplemento No. 3 (E/2003/23), Secc. II A, resolución 2003/28, párr. 16.

9 E/CN.4/2004/49/Add.1, párrs. 53 a 56.

10 Véase, por ejemplo, A/HRC/4/28/Add.2, párrs. 122 y 123.

11 Paul Hunt y Gillian MacNaughton, *Impact assessments. Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (UNESCO, 2006). El texto del informe aparece íntegramente en la página web de la Essex University, Human Rights Centre, Right to Health Unit ([www2.exxex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/projects.htm](http://www2.exxex.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.htm)).

12 El Relator Especial expresa su profundo agradecimiento a la UNESCO y a la Sra. MacNaughton.

13 Algunas evaluaciones de los derechos humanos se concentran en agentes no gubernamentales; por ejemplo, véase el reciente estudio sobre las evaluaciones de los efectos y las actividades de las empresas (A/HRC/4/74).

los efectos para los derechos humanos, tal como se ha hecho con respecto a las evaluaciones de los efectos ambientales y sociales. El otro enfoque consiste en elaborar una metodología de integración de los derechos humanos en evaluaciones de los efectos de otro tipo ya existentes. En el informe se propone el segundo enfoque, que es compatible con la integración de los derechos humanos en todos los procesos gubernamentales. La integración de los derechos humanos en metodologías de los efectos ya existentes requerirá una colaboración interdisciplinaria entre los profesionales de los derechos humanos, los expertos en diversos tipos de evaluación de los efectos y otras personas. El estudio contribuye a este proceso proporcionando algunas consideraciones y marcos relacionados con los derechos humanos, así como el esbozo de una metodología.

40. En el informe se presenta una metodología que consta de dos partes. En la primera parte se exponen siete principios generales para la realización de una evaluación de los efectos basada en los derechos. Estos principios son: a) utilizar un marco explícito de derechos humanos; b) establecer como objetivo la realización progresiva de los derechos humanos; c) promover la igualdad y la no discriminación en el proceso y la política; d) asegurar una participación significativa de todos los interesados; e) proporcionar información y proteger el derecho a la libre expresión de las ideas; f) establecer mecanismos para lograr que el Estado rinda cuentas; y g) reconocer la interdependencia de todos los derechos humanos.
41. En la segunda parte de la metodología se proponen seis medidas para la integración del derecho a la salud en las actuales evaluaciones de los efectos, como punto de partida para la integración de todos los derechos humanos. Estas medidas son: a) realizar una comprobación preliminar de la política propuesta para determinar si se necesita o no una evaluación integral de los efectos para el derecho a la salud; b) preparar un plan de evaluación y distribuir información sobre la política y sobre el plan a todos los interesados; c) reunir información sobre los posibles efectos de la política propuesta para el derecho a la salud; d) preparar un proyecto de informe en el que se comparen los posibles efectos con las obligaciones jurídicas del Estado dimanantes del derecho a la salud; e) distribuir el proyecto de informe y pedir a las partes interesadas que evalúen las opciones; y f) preparar el informe final, en el que se deberá exponer detalladamente la decisión final, la fundamentación de las selecciones hechas y un marco para la aplicación y la evaluación.
42. En la última sección del informe se proponen actividades de seguimiento. El Relator Especial promueve este informe durante sus misiones a los países, y también ya ha sido presentado en algunos seminarios. Si se obtuviera más financiación, convendría además efectuar una distribución más amplia del informe para su examen. Este año el Relator Especial presentará el informe en la octava Conferencia Internacional sobre la Evaluación de los Efectos para la Salud.
43. Es preciso continuar con la labor orientada a determinar si es viable la incorporación de derechos humanos, como el derecho a la salud, en otras evaluaciones de los efectos existentes, incluidos los estudios de caso con diferentes tipos de evaluación de los efectos. También es preciso seguir elaborando instrumentos prácticos como las listas de comprobación, las directrices para entrevista y los gráficos de vinculación de los efectos con las obligaciones en materia de derechos humanos (todos los cuales figuran en el informe). Es necesario alentar a los gobiernos y a los profesionales en este tipo de evaluación a que adopten enfoques de las evaluaciones de los efectos y de la formulación de políticas que se basen en los derechos.
44. Por último, las evaluaciones de los efectos para los derechos humanos son una ayuda para la formulación de políticas equitativas, inclusivas, sólidas y sostenibles. Constituyen una manera de garantizar que se reconozca debidamente el derecho a la salud, especialmente de los

grupos marginados, entre ellos los pobres, en todos los procesos de formulación de políticas a nivel nacional e internacional. Desde la perspectiva del derecho a la salud, la metodología de evaluación de los efectos es una característica fundamental de todo sistema de salud. Sin una metodología de esta índole ningún gobierno puede conocer si sus propuestas en cuanto a políticas, programas y proyectos coadyuvarán a la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud, conforme a lo establecido en las normas internacionales de derechos humanos.

## IV. EL AGUA, EL SANEAMIENTO Y EL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

45. La salud de las poblaciones, las comunidades y las personas requiere algo más que atención médica. En este sentido son igualmente importantes las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y de otra índole que determinan en primer lugar si las personas necesitan atención médica<sup>14</sup>. Una comisión de la OMS tiene en estudio los factores sociales determinantes de la salud, como el género, la pobreza y la exclusión social<sup>15</sup>. Otros factores determinantes de la salud incluyen el acceso al agua, el saneamiento, la nutrición, la vivienda y la educación.
46. En algunos círculos se da una interpretación limitada al derecho al más alto nivel posible de salud, a saber, qué significa el derecho a la atención médica. Este criterio, sin embargo, no es compatible con las normas internacionales de derechos humanos, que abarcan la medicina y la salud pública. Por ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y en la Convención sobre los Derechos del Niño se afirma claramente que el derecho a la salud es más que el acceso a la atención médica. Concretamente, en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se declara que el derecho a la salud incluye el acceso a alimentos nutritivos y agua potable salubre, al saneamiento ambiental y demás factores de esa índole, así como a la atención médica. Poner el derecho a la salud en pie de igualdad con el derecho a la atención médica constituye una interpretación errónea de las normas internacionales de derechos humanos.
47. El derecho al más alto nivel posible de salud es de un carácter inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también factores subyacentes determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, así como la no discriminación<sup>16</sup>. En resumen, el derecho a la salud incluye la atención médica y también los factores subyacentes determinantes de la salud.
48. En sus informes, el Relator Especial se ha referido invariablemente a la atención médica y a los factores determinantes de la salud, incluidos los efectos de la pobreza y la discriminación social para la salud. No obstante, ha advertido en algunos gobiernos, organizaciones internacionales y otras entidades la clara tendencia a dedicar un nivel desproporcionado de atención

14 Véase el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y R. Beaglehole, "Overview and framework", en Roger Detels ed., *Oxford Textbook of Public Health*, cuarta edición (Oxford University Press, 2002).

15 Puede obtenerse información sobre esta Comisión en el sitio web de la OMS: [www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en).

16 E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, Párr. 11.

y recursos a la asistencia médica a expensas de los factores subyacentes determinantes de la salud. Esto es muy lamentable puesto que ambos elementos son fundamentales para el derecho al más alto nivel posible de salud.

49. Si bien por limitaciones de espacio no es posible realizar un examen detallado de todas las cuestiones pertinentes, en la presente sección se hace hincapié en dos de los factores subyacentes determinantes de la salud: el acceso al agua potable y el saneamiento adecuado<sup>17</sup>. Para su consideración se adopta el marco analítico del derecho a la salud que el Relator Especial ha utilizado en informes anteriores con respecto a otras cuestiones de salud. Aunque el análisis se limita a dos de las condiciones esenciales para la salud, a saber, el agua y el saneamiento, resulta ilustrativo y pertinente para otros factores determinantes de la salud.

### **Agua, saneamiento y derechos humanos**

#### *El agua, el saneamiento y el derecho a la salud*

50. El agua potable y el saneamiento adecuado son dos factores determinantes integrales y estrechamente relacionados que tienen una importancia fundamental para la realización del derecho al más alto nivel posible de salud. El acceso inadecuado al agua y al saneamiento puede amenazar la vida, arruinar la salud, destruir las oportunidades, socavar la dignidad humana y causar privaciones<sup>18</sup>.
51. Se calcula que 1,8 millones de personas mueren cada año de enfermedades diarreicas, entre ellas el cólera; el 90% de estas personas son niños menores de 5 años y la mayoría vive en países en desarrollo. Según la OMS, el agua no apta para el consumo y el saneamiento inadecuado son las causas del 88% de las enfermedades diarreicas. La mejora del abastecimiento de agua podría reducir la tasa de morbilidad de la diarrea hasta en un 25%, en tanto que la mejora del saneamiento podría reducirla en 32%<sup>19</sup>.
52. Aproximadamente 1,3 millones de personas mueren de paludismo cada año; el 90% de ellas son niños menores de 5 años. Los principales factores que contribuyen a esta enfermedad son la irrigación, los embalses y otros proyectos relacionados con el agua. Una mejor ordenación de los recursos hídricos reduciría la transmisión del paludismo y otras enfermedades transmitidas por vectores<sup>19</sup>.
53. Asimismo, 160 millones de personas están infectadas con esquistosomiasis, una enfermedad que provoca decenas de miles de muertes todos los años, principalmente en el África subsahariana. Esta enfermedad guarda una evidente relación con la eliminación de excretas en condiciones insalubres y la falta de fuentes de agua potable cercanas. Mediante el saneamiento básico se podría reducir esta enfermedad hasta en un 77%<sup>20</sup>.
54. Alrededor de 6 millones de personas en todo el mundo están ciegas por padecer de tracoma y más de 150 millones de personas necesitan tratamiento para esta enfermedad. La mejora del acceso a fuentes de agua potable y a una higiene más adecuada podría reducir la tasa de morbilidad del tracoma en 27%<sup>19</sup>.
55. El acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado es crucial en el contexto del VIH/SIDA. En relación con esta enfermedad, al igual que con otras dolencias se necesita agua para

<sup>17</sup> En este sentido, a veces se utilizan términos similares pero diferentes, tales como “agua salubre y potable y saneamiento adecuado” y “agua potable segura y servicios básicos de saneamiento”. A los efectos de la presente sección, se utiliza la expresión “agua potable y saneamiento adecuado” para denominar al agua y el saneamiento como factores determinantes de la salud.

<sup>18</sup> Véase PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2006, ([http://hdr.undp.org/hdr2006/report\\_sp.cfm](http://hdr.undp.org/hdr2006/report_sp.cfm)).

<sup>19</sup> Véase [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/facts2004/en](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en).

<sup>20</sup> Véase [www.iwho.int/water\\_sanitation\\_health/publications/facts2004/en](http://www.iwho.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en).

la toma de los medicamentos, para el baño de los pacientes, para el lavado de la ropa sucia y para garantizar una higiene esencial que reduzca la exposición a infecciones. Cuando a los recién nacidos cuyas madres viven con el VIH/SIDA se les asegura un acceso ininterrumpido a sustitutos de la leche materna nutricionalmente adecuados y preparados con agua potable, se reduce el riesgo de que enfermen o mueran<sup>21</sup>. Como señaló el Secretario General Kofi Annan: "No acabaremos con el SIDA, la tuberculosis, la malaria ni ninguna de las demás enfermedades infecciosas que asolan al mundo en desarrollo hasta tanto no hayamos ganado también la batalla para asegurar la disponibilidad de agua potable, saneamiento y asistencia sanitaria básica"<sup>22</sup>.

56. En la Declaración del Milenio y en el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, la comunidad internacional reconoció la relación entre la pobreza, el agua, el saneamiento, la salud y el desarrollo humano mediante la inclusión del abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene en los objetivos de desarrollo del Milenio. La meta 10 de los objetivos consiste en reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y servicios de saneamiento básico. No obstante, según el Programa conjunto OMS/UNICEF de vigilancia del abastecimiento de agua y el saneamiento si continúan las tendencias actuales el mundo dejará de cumplir la meta relativa al saneamiento en más de 500 millones de personas. Además, aunque el mundo en general avanza hacia el cumplimiento de la meta relativa al agua potable, parecer que esa tendencia está mermando<sup>23</sup>.
57. El cumplimiento de la meta relativa al agua y al saneamiento daría lugar a beneficios económicos sustanciales. De acuerdo con un estudio reciente de la OMS, cada dólar invertido arrojaría de 3 a 34 dólares de dividendo económico según la región de que se tratara. De cumplirse la meta relativa al agua y al saneamiento, la economía de gastos relacionados con la salud ascendería a 7.300 millones de dólares por año<sup>24</sup>. En otras palabras, la mejora del agua y el saneamiento constituye una inversión que no sólo salva vidas y mejora la salud, sino que además genera enormes economías para los presupuestos de salud nacionales y para los hogares<sup>25</sup>.

### **El agua, el saneamiento y otros derechos humanos**

58. Además del derecho al más alto nivel posible de salud, el agua y el saneamiento contribuyen a la realización de algunos otros derechos económicos, sociales y culturales.
59. Por ejemplo, en el contexto del derecho a una alimentación adecuada, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha hecho hincapié en la importancia de garantizar un abastecimiento sostenible de agua para la agricultura<sup>26</sup>. El Relator Especial sobre el derecho a la alimentación también ha subrayado la interdependencia del agua y el derecho a la alimentación, y ha señalado que el agua limpia y potable es una parte esencial de una nutrición saludable<sup>27</sup>. A nivel regional, como parte del derecho a la seguridad alimentaria, en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África se pide a los Estados que garanticen el acceso de las mujeres al agua limpia potable.
60. Tanto el Comité Especial de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el Relator Es-

21 ONUSIDA/UNICEF/OMS, *El VIH y la alimentación infantil: Pautas para tomadores de decisiones*, 1998.

22 Discurso pronunciado por Kofi Annan en la 54a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 17 de mayo de 2001.

23 OMS/UNICEF, *Meeting the MDG Global Water and Sanitation Target: the Urban and Rural Challenge of the Decade* (2006).

24 B. Evans y otros, *Closing the Sanitation Gap: the Case for Better Public Funding of Sanitation and Hygiene*, (OCDE, 2004).

25 Bartram y otros, *Focusing on improved water and sanitation for health*, Lancet, vol. 365 (2005).

26 E/2000/22-E/C.12/1999/11, anexo V, Observación general No. 12, párrs. 12 y 13.

27 A/56/210, pár. 58 a 71; véase también E/CN.4/2003/54.

pecial sobre el derecho a la educación han hecho hincapié en que las escuelas deben contar con abastecimiento de agua potable y con servicios sanitarios privados, seguros y separados para las niñas<sup>28</sup>.

61. El acceso sostenible al agua potable y a un saneamiento adecuado también constituyen elementos fundamentales del derecho a una vivienda adecuada<sup>29</sup>. En el principio 2 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), se reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso agua y saneamiento adecuados (véase A/CONF.171/13, cap. I, resolución 1, anexo). Además, el acceso al agua y al saneamiento es un elemento clave del mandato del Relator Especial sobre la vivienda adecuada como componente del derecho a un nivel de vida adecuado, y a ese respecto el Relator Especial hace hincapié en que el acceso inadecuado al agua tiene consecuencias especialmente devastadoras para las mujeres y los niños<sup>30</sup>.
62. En resumen, el acceso al agua y al saneamiento constituye una parte integral de varios derechos humanos, incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

### **El acceso al agua y al saneamiento como derecho humano**

63. El derecho humano al agua y al saneamiento se reconoce como un derecho independiente en numerosos documentos internacionales, incluidos tratados y declaraciones, así como por organismos gubernamentales y no gubernamentales y en diversas decisiones de tribunales<sup>31</sup>.
64. Pese a que en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no se hace referencia explícitamente al derecho al agua y el saneamiento, el criterio del Comité Especial de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es que el agua constituye un derecho independiente implícito en el Pacto y estrechamente relacionado con los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud, vivienda adecuada y alimentación.
65. El Comité entiende por derecho al agua el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico<sup>32</sup>. Señala, además, que el acceso a servicios de saneamiento adecuados constituye uno de los principales mecanismos para proteger la calidad de los recursos de agua potable y que los Estados partes deben ampliar progresivamente unos servicios de saneamiento salubres a las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas<sup>33</sup>. En su explicación detallada del contenido normativo del derecho al agua y de las obligaciones jurídicas que de él dimanan, el Comité observa que durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales, las obligaciones de los Estados abarcan el derecho al agua así como las disposiciones del derecho internacional humanitario relativas al agua<sup>34</sup>.
66. Por su parte, en su resolución 2006/10, la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos confirma el derecho de todas las personas a disponer de agua potable en cantidad suficiente para satisfacer sus necesidades esenciales y a utilizar instalaciones sanitarias aceptables que tengan en cuenta las necesidades de la higiene, la dignidad humana, la salud pública y la protección del medio ambiente (véase A/HRC/2/2, cap. II).

28 E/CN.4/2006/45, párr. 129.

29 E/1992/23 – E/C.12/1991/4, anexo III, Observación general No. 4, párr. 8.

30 Véase E/CN.4/2003/5 y E/CN.4/2002/59.

31 Véase OMS, ACNUDH, Centro de Derecho de Vivienda y Desahucios, Water Aid y Centro de Derechos Económicos y Sociales, *The Right to Water* (2003) ([www.who.int/water\\_sanitation\\_health/rtwrev.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/rtwrev.pdf)).

32 E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 2.

33 *Ibid.*, párr. 29.

34 *Ibid.*, párr. 22.

67. A nivel regional, el derecho de toda persona a disponer de una cantidad de agua suficiente para atender a sus necesidades básicas es reconocido por el Consejo de Europa en los párrafos 5 y 9 de su recomendación 14 sobre la Carta Europea de Recursos Hídricos (2001). Asimismo, en el documento final de su conferencia cumbre celebrada recientemente, los Jefes de Estado o de Gobierno del Movimiento de los Países No Alineados reconocieron el derecho de todas las personas al agua.
68. A nivel nacional, en las constituciones de determinados países (por ejemplo, Sudáfrica y el Uruguay), figura explícitamente el derecho al agua. Asimismo, varios fallos judiciales se apoyan en este derecho humano. Por ejemplo, en el caso de *Residents of Bon Vista Mansions v Southern Metropolitan Local Council*, el Tribunal Supremo de Sudáfrica dictaminó que la desconexión del abastecimiento de agua representaba una violación prima facie del deber constitucional del Estado con respecto al derecho al agua. Igualmente, en *Subhas Kumar v State of Bihar*, el Tribunal Supremo de la India afirmó que el derecho al agua era un derecho fundamental en virtud del Artículo 21 de la Constitución e incluía el derecho al disfrute de agua y aire puros para el pleno goce de la vida.
69. En el *Informe sobre Desarrollo Humano 2006* se subraya la importancia de adoptar un enfoque del suministro de agua potable y saneamiento adecuado que se base en los derechos humanos y se hace hincapié en que el acceso al agua es una necesidad humana básica al mismo tiempo que un derecho humano fundamental. De acuerdo con el informe, el derecho al agua se ha de corresponder con el derecho a un suministro de agua asequible, accesible y seguro<sup>35</sup>. Por otra parte, en el informe se pone de relieve la responsabilidad de los gobiernos de reconocer el derecho al agua en una base legislativa y esforzarse por lograr su realización progresiva.

### Marco analítico del derecho a la salud

70. En los últimos años, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la OMS, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas y muchas otras entidades han establecido un método para desarrollar o analizar el derecho a la salud con miras a que resulte más fácil de comprender y aplicar en la práctica a las políticas, los programas y los proyectos relacionados con la salud. Por su parte, el Relator Especial ha tratado de aplicar y perfeccionar este marco analítico en sus informes sobre países u otros informes<sup>36</sup>. Sin embargo, resulta más importante el hecho de que el marco tiene una aplicación general para todos los aspectos del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, incluidos los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable y el saneamiento adecuado.
71. Aunque el marco analítico se detalla en otro lugar, sus elementos claves pueden resumirse muy someramente de la manera siguiente:
  - a) Delimitación de las leyes, normas y principios nacionales e internacionales pertinentes relacionados con los derechos humanos;
  - b) Reconocimiento de que el derecho a la salud está sujeto a limitaciones de recursos y a una progresiva realización, lo que exige la delimitación de indicadores y puntos de referencia para medir los progresos realizados (o no realizados) a lo largo del tiempo;
  - c) Reconocimiento, no obstante, de que algunas obligaciones dimanantes del derecho a la salud no están supeditadas a limitaciones de recursos ni a una progresiva realización, sino que tienen un efecto inmediato, como la obligación de evitar la discriminación;

<sup>35</sup> Véase PNUD, informes sobre Desarrollo Humano 2006.

<sup>36</sup> Por ejemplo, véase A/61/338; véase también E/CN.4/2006/48/Add.2.

- d) Reconocimiento de que el derecho a la salud incluye a su vez otros derechos negativos (por ejemplo, el derecho a no ser objeto de discriminación en el acceso al agua) y derechos positivos (por ejemplo, el derecho al suministro de niveles mínimos esenciales de agua y de saneamiento). En su mayor parte, los derechos negativos no tienen consecuencias presupuestarias, pero sí los derechos positivos;
  - e) Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables y ser de buena calidad (en los párrafos 73 a 76 infra, esta consideración se aplicará brevemente al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud);
  - f) Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y observar el derecho al más alto nivel posible de salud (esto también se aplicará brevemente al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud, en los párrafos 82 y 83 infra);
  - g) Habida cuenta de su importancia crucial, el marco analítico exige que se preste especial atención a las cuestiones de la no discriminación, la igualdad y la vulnerabilidad;
  - h) El derecho a la salud requiere que las personas y las comunidades tengan la oportunidad de participar de manera activa y con conocimiento de causa en la adopción de decisiones que guarden relación con su salud;
  - i) Los países en desarrollo tienen la responsabilidad de solicitar asistencia y cooperación internacionales, en tanto que los desarrollados tienen algunas responsabilidades en lo concerniente a la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo; y
  - j) El derecho a la salud requiere que existan mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de supervisión y rendición de cuentas en los planos nacional e internacional.
72. A título ilustrativo, en la presente sección se aplicarán someramente elementos de este marco analítico al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud.

## **RESPONSABILIDADES DE LOS ESTADOS**

### *Disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad*

- 73. El derecho a la salud requiere que el Estado haga todo lo que esté a su alcance para velar por que haya agua potable y servicios de saneamiento adecuados disponibles para todos en su territorio. La cantidad de agua disponible para cada persona debe ajustarse a la cantidad especificada por la OMS<sup>37</sup>. Puede que algunas personas y grupos necesiten mayores cantidades de agua debido a problemas de salud, características climáticas y condiciones de trabajo, y en esos casos el Estado debe velar por la disponibilidad de cantidades de agua suficientes para satisfacer las necesidades de dichos grupos y personas. Los Estados deben tomar medidas en contra del consumo excesivo y a favor del aprovechamiento eficaz del agua. El derecho a la salud requiere que los Estados veleñ por que haya disponible agua potable para usos personales y domésticos, tales como el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica<sup>38</sup>.
- 74. El derecho a la salud requiere también que, además de estar disponibles, el agua y el saneamiento sean accesibles a todos sin discriminación. En el contexto del agua y del saneamiento, el acceso tiene cuatro dimensiones:

<sup>37</sup> Véase G. Howard y J. Bartram, *Domestic Water Quantity, Service Level and Health*, OMS, 2002.

<sup>38</sup> E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 12 a).

- a) En todo el país, todos los sectores de la población deben tener acceso seguro al agua y al saneamiento. Por lo tanto, el agua y el saneamiento deben ser físicamente accesibles dentro de los hogares, las instituciones educativas, los lugares de trabajo y las instituciones de salud o de otra índole, o en sus cercanías<sup>39</sup>. La inaccesibilidad del agua dentro de un entorno físico seguro puede causar graves daños a la salud, especialmente para las mujeres y niños que se ocupan de acarrearla. Cargar recipientes de agua pesados durante largas distancias puede provocar fatiga, dolor y lesiones espinales y pélvicas, lo que a su vez puede causar problemas durante el embarazo y el parto. Asimismo, la falta de servicios sanitarios seguros y privados supone para las mujeres una rutina diaria humillante, estresante y desagradable, que puede dañar su salud<sup>40</sup>. Al diseñar instalaciones de agua y de saneamiento para los campamentos de refugiados y los de desplazados internos, debe prestarse especial atención a prevenir la violencia basada en el género. Por ejemplo, deben construirse las instalaciones en zonas seguras cerca de las viviendas<sup>41</sup>;
- b) El agua y el saneamiento deben ser económicamente accesibles (vale decir, asequibles), incluso para las personas que viven en la pobreza. La pobreza se traduce en un acceso desigual a los servicios de salud, al agua potable y al saneamiento. Si las personas que viven en la pobreza no tienen acceso al agua potable y a servicios de saneamiento adecuados, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas razonables para garantizar el acceso a todos;
- c) El agua y el saneamiento deben ser accesibles a todos sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos, como sexo, raza, grupo étnico, discapacidad y situación socioeconómica;
- d) La información fidedigna sobre el agua y el saneamiento debe ser accesible para todos, a fin de que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa.
75. El derecho a la salud requiere que, además de estar disponibles y ser accesibles, las instalaciones de agua y de saneamiento respeten las necesidades en materia de género y edad, y sean culturalmente aceptables. Por ejemplo, deben tomarse medidas para asegurar que en las instalaciones sanitarias se tenga en cuenta la intimidad de mujeres, hombres y niños.
76. El derecho a la salud requiere que los servicios de agua y saneamiento sean de buena calidad. El agua necesaria para el uso personal y doméstico debe ser salubre y no ha de contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan constituir un peligro para la salud de las personas<sup>42</sup>. Los Estados deben establecer reglamentos y normas en materia de calidad del agua con base en las Guías para la calidad del agua potable de la OMS<sup>43</sup>. Asimismo, las instalaciones sanitarias deben ser de calidad adecuada. Toda persona debe tener acceso a servicios, prestaciones e instalaciones de saneamiento a un precio asequible y que sean adecuados para la promoción y protección de la dignidad humana y de la salud de las personas. La buena salud requiere proteger el medio ambiente de los desechos de origen humano, lo que sólo puede lograrse si todos tienen y utilizan servicios de saneamiento adecuados<sup>44</sup>. La buena calidad del agua y de los servicios de saneamiento reduce la susceptibilidad a la anemia y a otras dolencias que provocan mortalidad y morbilidad materna e infantil.

39 E/CN.4/Sub.2/2005/25, directriz 1.3.

40 Véase el trabajo del Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre recursos hídricos y saneamiento titulado *Health, Dignity and Development: What will it take?*, 2005.

41 Véase ACNUR, *Access to Water in Refugee Situations*, 2005.

42 E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 12 b).

43 Guías para la calidad del agua potable de la OMS, 2006.

44 Véase E/CN.4/Sub.2/2004/20, párr. 44.

### *Lucha contra la discriminación, la desigualdad y la vulnerabilidad*

77. En relación con los conceptos de no discriminación e igualdad, las normas internacionales de derechos humanos reflejan una preocupación por la vulnerabilidad y la desventaja. Por ese motivo es que se obliga a los Estados a adoptar medidas a favor de las personas y comunidades desfavorecidas. En el contexto actual, la no discriminación y la igualdad tienen numerosas repercusiones. Por ejemplo, hacen necesario que un Estado establezca una normativa nacional en materia de agua y saneamiento que tenga en cuenta las prioridades sanitarias nacionales y locales e incorpore políticas y programas que atiendan las necesidades de los desfavorecidos. Además, los conceptos de no discriminación e igualdad requieren que el Estado preste atención a personas y grupos con necesidades especiales en materia de agua y saneamiento, debido a problemas de salud, características climáticas, u otras circunstancias.
78. El derecho a la salud requiere, por lo tanto, que el Estado formule una política nacional de agua y saneamiento dirigida a garantizar un acceso equitativo a personas y grupos vulnerables y desfavorecidos, como mujeres y niños, minorías étnicas y poblaciones indígenas, personas que viven en la pobreza, personas que viven con el VIH/SIDA, desplazados internos, ancianos, personas con discapacidad, presos y otros.

### *Realización progresiva y obligaciones de efecto inmediato*

79. Con arreglo al párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho al más alto nivel posible de salud, y por lo tanto los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable y el saneamiento adecuado, están sujetos a la realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. En pocas palabras, por realización progresiva se entiende la obligación del Estado de alcanzar en un plazo de dos años resultados mejores que los actuales, mientras que por disponibilidad de recursos se entiende que los niveles previstos son mayores para un país desarrollado que para un país en desarrollo.
80. Lo anterior tiene importantes repercusiones. Por ejemplo, los Estados necesitan indicadores y parámetros adecuados para saber si están o no haciendo efectivo en forma progresiva el derecho a la salud (véase el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos que se expone en el documento E/CN.4/2006/48). Sin embargo, se plantea también una reserva importante: el derecho a la salud comprende algunas obligaciones fundamentales de efecto inmediato que no quedan sujetas a la realización progresiva<sup>45</sup>. Se trata de obligaciones sin las cuales se considera que el derecho perdería su razón de ser<sup>46</sup>. En virtud del derecho a la salud, por ejemplo, los Estados tienen la obligación inmediata de evitar la discriminación y garantizar el acceso a los servicios básicos de saneamiento<sup>47</sup>, así como a la cantidad esencial mínima de agua suficiente y apta para el uso personal y doméstico a fin de prevenir las enfermedades<sup>48</sup>.
81. En resumen, además de exigirse que haga efectivo progresivamente el acceso al agua y al saneamiento, el Estado tiene una obligación fundamental de efecto inmediato consistente en hacer disponible y accesible una cantidad esencial mínima de agua suficiente y apta para

<sup>45</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 43.

<sup>46</sup> E/1991/23-E/C.12/1990/8 y Corr.1, anexo III, Observación general No. 3, párr. 10.

<sup>47</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 36.

<sup>48</sup> Hay una diferencia entre la obligación fundamental en materia de agua contemplada en el párrafo 36 de la Observación general No. 14 y la que se enumera en el párrafo 37 a) de la Observación general No. 15. Aquí se utiliza la menos estricta de las dos, vale decir, la correspondiente al párrafo 37 a) de la Observación general No. 15.

el uso personal y doméstico, así como servicios básicos de saneamiento<sup>49</sup> en todo su territorio. Sólo se permiten medidas regresivas, las cuales disminuyen el acceso de las personas al agua y al saneamiento, cuando un Estado puede demostrar que dichas medidas se han adoptado tras un examen exhaustivo de las alternativas y que están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte<sup>50</sup>.

#### *Obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir*

82. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer cumplir el derecho al más alto nivel posible de salud. Esa obligación es igualmente aplicable a la atención médica y a los factores subyacentes determinantes de la salud. Por ejemplo, en el contexto de estos factores determinantes de la salud como el agua potable y el saneamiento adecuado, en virtud de la obligación de respetar el Estado debe abstenerse de contaminar el agua u obstaculizar arbitrariamente el acceso de una persona al agua o a los servicios de saneamiento. En cumplimiento de su obligación de proteger, el Estado debe tomar medidas eficaces para evitar que terceros obstaculicen el acceso al agua y a los servicios de saneamiento. Por ejemplo, el Estado debe tomar medidas eficaces para asegurarse de que los proveedores de servicios privados no dificulten el acceso al agua potable y al saneamiento adecuados. Con arreglo a la obligación de hacer cumplir, el Estado debe proporcionar a las personas que viven en la pobreza una cantidad mínima esencial de agua y servicios de saneamiento básicos, si esas personas no estuvieran en condiciones de obtenerlos.
83. En otras palabras, ya sea que el suministro de agua y de servicios de saneamiento se encierre a una empresa pública o a una privada, el Estado sigue siendo responsable de la correcta reglamentación de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, así como de la salud y el bienestar de las personas más desfavorecidas que viven en su territorio.

#### *Participación*

84. La participación activa y con conocimiento de causa de las personas y comunidades en la adopción de decisiones en materia de salud es un rasgo importante del derecho al más alto nivel posible de salud. El ejercicio de ese derecho requiere la realización de esfuerzos especiales para asegurar la participación de personas y grupos que tradicionalmente han sido excluidos o marginados. En lo referente al agua y el saneamiento, por ejemplo, aunque las mujeres soportan una carga desproporcionada en la recogida de agua y en la eliminación de las aguas residuales de la familia, suelen ser excluidas de los procesos de adopción de decisiones pertinentes. Por lo tanto, los Estados deben tomar medidas para garantizar que no se excluya a las mujeres de los procesos de adopción de decisiones relativas a la gestión del abastecimiento de agua y el saneamiento.
85. En la mayoría de los casos, las comunidades y los grupos tienen mejor idea de qué clases de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento necesitan y de cómo se deberían gestionar esos servicios. Por lo tanto, al formular su normativa y programas nacionales en materia de abastecimiento de agua y saneamiento, el Estado debe tomar medidas para asegurar la participación activa y con conocimiento de causa de todas las personas que pueden verse afectadas.

49 *El Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre recursos hídricos y saneamiento define a los servicios básicos de saneamiento como la opción más económica para garantizar un acceso sostenible a servicios e instalaciones seguros, higiénicos y adecuados para la eliminación de desperdicios y aguas residuales con privacidad y dignidad, garantizando al mismo tiempo un entorno limpio y sano en el hogar y en la vecindad de los usuarios.*

50 *E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 32.*

### *Asistencia y cooperación internacionales*

86. Los Estados tienen la obligación de tomar medidas por sí mismos o mediante la asistencia y la cooperación internacionales en pro de la plena realización de diversos derechos, entre ellos el derecho a la salud. En función de la disponibilidad de recursos, los países desarrollados deberían proporcionar asistencia financiera y técnica para complementar los recursos de los países en desarrollo, velando por que todos tengan acceso, lo antes posible, al agua potable y a servicios de saneamiento adecuados.
87. Habida cuenta del enorme reto que para la salud pública supone la insuficiencia de agua y de servicios de saneamiento en los países en desarrollo, el Relator Especial recuerda a los Estados los compromisos asumidos en virtud de la Declaración del Milenio y de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y hace hincapié en la necesidad de una alianza mundial en materia de agua y saneamiento, encaminada a crear un sistema eficaz e integrado de abastecimiento de agua y saneamiento que brinde a todos agua y servicios de saneamiento asequibles y de calidad.

### *Supervisión y rendición de cuentas*

88. El derecho a la salud conlleva la necesidad fundamental de que existan mecanismos de supervisión y rendición de cuentas accesibles, transparentes y eficaces. Quienes tengan responsabilidades en relación con el derecho a la salud deberán rendir cuentas del cumplimiento de sus tareas, a fin de que se determinen los éxitos y las dificultades; de esa manera podrán hacerse ajustes normativos y de otra índole en la medida necesaria. Hay muchos tipos diferentes de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas: judiciales, cuasijudiciales, administrativos y políticos. Si bien cada Estado habrá de decidir cuáles son los más apropiados en su caso particular, todos los mecanismos han de ser eficaces, accesibles y transparentes.
89. Toda normativa nacional en materia de agua y saneamiento debe someterse a mecanismos adecuados de supervisión y rendición de cuentas. Para ello es necesario que en la normativa se establezcan las obligaciones del gobierno en materia de derecho a la salud con respecto al agua y el saneamiento, así como un plan de aplicación en el que se indiquen los objetivos, los plazos, los encargados y sus responsabilidades, los indicadores, los parámetros y los procedimientos para la presentación de informes. Periódicamente, un organismo nacional competente (como por ejemplo un ombudsman de la salud o un regulador en materia de agua y saneamiento) deberá examinar en qué medida han cumplido su cometido los responsables de la aplicación de la normativa nacional sobre agua y saneamiento, no necesariamente con fines de sanción y castigo, sino para determinar cuáles políticas e instituciones están dando resultados y cuáles no con el fin de mejorar el acceso de todos al agua y a los servicios de saneamiento.

## **ALGUNAS CUESTIONES CLAVE**

90. La garantía del acceso de todos al agua y el saneamiento da lugar a una amplia gama de cuestiones concretas, prácticas e importantes. A título de ejemplo, en la presente sección se hace una breve exposición de algunas de esas cuestiones, teniendo presente el marco analítico descrito en los párrafos precedentes.

### *Privatización del agua*

91. En algunos círculos se ha promovido la privatización como forma de hacer frente a la crisis

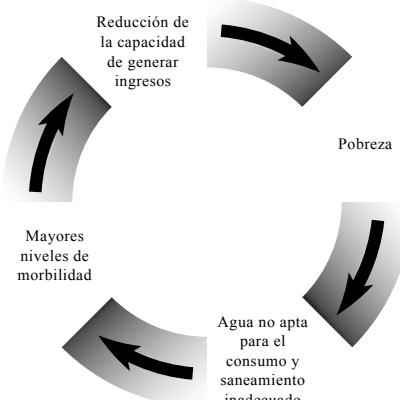
mundial del agua y garantizar a todos su acceso. Sin embargo, la experiencia muestra que la privatización puede dar lugar a incrementos de precios sin tener en cuenta la capacidad de pago de los consumidores de bajos ingresos. Por ejemplo, se calcula que después de la privatización, los residentes de Cochabamba (Bolivia) gastaban más del 25% del ingreso medio por hogar en agua, lo que dio lugar a violentas protestas a principios de 2000<sup>51</sup>. Asimismo, la privatización en Filipinas dio lugar a un aumento de 60% a 65% de las tarifas del agua, motivo por el cual muchas personas no pudieron pagarlas<sup>52</sup>.

- 92. El elevado costo del agua puede obligar a los hogares a usar fuentes alternativas de agua de menor calidad que suponen un mayor riesgo para la salud. Además, puede reducir el volumen de agua utilizada en los hogares a tal punto que se vean comprometidas la higiene y la salud<sup>53</sup>.
- 93. Si bien las normas internacionales de derechos humanos no exigen una forma determinada de prestación de servicios o de política de fijación de precios, los Estados deben velar por que los proveedores privados de agua y de servicios de saneamiento no pongan en peligro el acceso a un abastecimiento de agua y a servicios de saneamiento asequibles y físicamente accesibles<sup>54</sup>. Ya sea que el suministro de agua y de servicios de saneamiento se encomiende a una empresa pública o a una privada, el Estado tiene la obligación de poner en práctica un sistema regulatorio eficaz para velar por que, entre otras cosas, las personas que viven en la pobreza reciban un suministro mínimo de agua potable y de servicios de saneamiento básicos<sup>55</sup>.

### *Tres obstáculos clave*

#### 1. Pobreza

- 94. Los pobres y otros grupos marginados tienen las mayores dificultades para lograr acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado. Muchos pobres que viven en barrios de tugurios, asentamientos espontáneos y comunidades rurales carecen de conexión al agua corriente, por lo que usan agua de fuentes poco seguras y tienen un saneamiento inadecuado, lo que da lugar a mayores niveles de morbilidad y mortalidad.



51 G. Dalton, "Private Sector Finance for Water Sector Infrastructure: What does Cochabamba Tell Us About Using This Instrument?" *Occasional Paper No. 37* (University of London School of Oriental and African Studies, 2001).

52 Marites Sison, "Philippines: awash in water bills after privatization", InterPress Service, 22 de enero de 2003.

53 Véase OMS, *loc. cit.*

54 Véase E/CN.4/2004/49/Add.1, párr. 11.

55 E/2003/22-E/C.12/2002/13, párr. 24 de la Observación general No. 15.

95. El aumento de la morbilidad da lugar a una reducción de la capacidad de generación de ingresos, lo que crea un círculo vicioso de pobreza y mala salud que tiene efectos devastadores entre los más pobres (véase el gráfico supra). La pobreza pone a mujeres y hombres en malas condiciones para protegerse a sí mismos y a sus hijos de las enfermedades o para obtener tratamiento para sus dolencias. La mala salud y la pérdida de capacidad de trabajo, agravadas por los altos costos de la atención médica, agudizan la pobreza.
96. Aumentar el acceso al agua potable y al saneamiento adecuado no sólo es fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad, sino que es también una estrategia vital en la lucha contra la pobreza.

## 2. Desigualdad entre los géneros

97. Es bien conocida la relación entre la pobreza y la desigualdad entre los géneros. A causa de los papeles y tareas tradicionales que se asignan a las mujeres, como ir a buscar agua para las necesidades de la familia y cuidar a niños, ancianos y enfermos, a menudo ellas no pueden asistir a instituciones educativas y se les niegan oportunidades de trabajo, lo que puede llevar a la pobreza y a problemas de salud. En algunas sociedades, las mujeres soportan también la carga de deshacerse de las aguas residuales y los excrementos de la familia, lo que las expone a graves peligros para la salud. Por tanto, las mujeres son las más afectadas por la insuficiente disponibilidad de agua y de servicios de saneamiento.
98. Las necesidades de las mujeres en materia de agua y saneamiento son diferentes a las de los hombres. Por ejemplo, las mujeres tienden a asignar más importancia que los hombres a la existencia de retretes en el hogar, y sin embargo, generalmente no participan en los procesos de toma de decisiones y fijación de prioridades. A causa de ello, al tomarse decisiones sobre saneamiento e higiene a menudo no se tienen en cuenta las necesidades particulares de las mujeres y las niñas (por ejemplo, durante la menstruación y durante el embarazo y después).
99. El abastecimiento de agua y el saneamiento inadecuados perjudican gravemente la salud, la productividad, la capacidad de generación de ingresos, la seguridad física y la dignidad de las mujeres que viven en la pobreza. El Relator Especial hace hincapié en la necesidad de garantizar la participación de la mujer en los procesos de toma de decisiones y establecimiento de prioridades y alienta a los Estados a adoptar una perspectiva de género en todas las instancias pertinentes de toma de decisiones. Además, hacer participar a las mujeres en la toma de decisiones generará beneficios de salud para toda la comunidad.

## 3. Calentamiento del planeta

100. Las personas que viven en la pobreza se ven desproporcionadamente afectadas por el calentamiento del planeta. Este fenómeno no sólo ha dado lugar a un descenso en el acceso fiable al agua, sino también a alteraciones en los ecosistemas naturales. Los aumentos de temperaturas y precipitaciones resultantes del cambio climático están incrementando el alcance y la temporada de aparición de vectores como mosquitos y moscas tsetse, que propagan enfermedades como el paludismo, el dengue, la fiebre amarilla y la encefalitis<sup>56</sup>.
101. El calentamiento del planeta afecta negativamente el ciclo hidrológico mundial y causa más sequías e inundaciones. La sequía supone amenazas graves para la salud<sup>57</sup>. Al evaporarse las fuentes de agua limpia, las personas recurren a alternativas más contaminadas, que pueden dar lugar a epidemias de enfermedades transmitidas por el agua. Igualmente, las inundacio-

56 A. J. McMichael y otros, "Climate change and human health" (OMS/PNUMA/OMM, 2003).

57 New Economics Foundation, *The End of Development* (2006).

nes no sólo aumentan el riesgo de muertes por ahogamiento y destrucción de las cosechas, sino que también propagan enfermedades al extender el alcance de los vectores y arrastrar contaminantes agrícolas a los suministros de agua potable.

102. A pesar de esas inquietantes tendencias, la comunidad internacional aún no ha afrontado las amenazas a la salud que plantea el calentamiento del planeta. Si la comunidad internacional no toma en serio las repercusiones sobre la salud del calentamiento del planeta, se estará poniendo en peligro las vidas de millones de personas en todo el mundo.

## V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

103. Las conclusiones y recomendaciones que se exponen a continuación se centran en la sección IV.
104. El derecho al más alto nivel posible de salud no sólo comprende la atención médica sino también los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable, el saneamiento adecuado, condiciones laborales y ambientales sanas y la no discriminación. Con demasiada frecuencia se dedica una atención excesiva a la existencia médica, a expensas de los factores subyacentes determinantes de la salud.
105. Si bien en el presente informe se presta especial atención al agua y al saneamiento, debe entenderse que el derecho a la salud comprende muchos otros factores determinantes. El marco analítico expuesto en este informe puede aplicarse a otros factores subyacentes determinantes de la salud.
106. Aunque el agua y el saneamiento son fundamentales para la supervivencia, el desarrollo, el crecimiento económico y el derecho a la salud, pocas veces reciben la atención debida. Numerosos Estados dedican insuficientes recursos presupuestarios al agua y al saneamiento y no elaboran planes, políticas, programas y leyes adecuados. Tradicionalmente, las organizaciones internacionales han desatendido el agua y el saneamiento, aunque tanto la OMS como el ACNUDH están tomando importantes medidas para corregir ese desequilibrio. Además, los donantes no han apoyado suficientemente las iniciativas a favor del agua potable y el saneamiento adecuado, aunque hay indicios de que esa tendencia comienza a cambiar. Las organizaciones de la sociedad civil han hecho encomiables progresos a la hora de promover debates sobre las cuestiones del agua, el saneamiento y los derechos humanos<sup>58</sup>.
107. A fin de subsanar esa situación, el Relator Especial formula las siguientes recomendaciones:
- a) Reconocimiento formal. Todos los Estados deberían reconocer formalmente que el derecho al más alto nivel posible de salud comprende el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado;
  - b) Leyes, planes, políticas, programas y proyectos. Mediante procesos participativos, los Estados deberían formular y poner en práctica leyes, planes, políticas, programas y proyectos que mejoren el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado para todos;
  - c) Presupuestos nacionales y asistencia internacional. La importancia crucial que para la salud y para el derecho a la salud tienen el agua potable y el saneamiento adecuado debe reflejarse en los presupuestos nacionales y en la asistencia y la cooperación internacionales;

58 Véase, por ejemplo, *The Right to Water Programme*, Centro de Derechos de Vivienda y Desahucios ([www.cohre.org](http://www.cohre.org)); *Water Law Research Programme* ([www.ielrc.org](http://www.ielrc.org)); y *Water Aid* ([www.wateraid.org](http://www.wateraid.org)).

- d) Personas y grupos desfavorecidos. De conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, en las medidas (tanto del ámbito nacional como internacional) dirigidas a aumentar el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado debe prestarse especial atención a las personas y grupos desfavorecidos, como los pobres, así como a las personas que viven en comunidades rurales y en asentamientos espontáneos urbanos, independientemente de su situación en cuanto a la tenencia de la tierra;
- e) Género. En lo referente al agua, el saneamiento y el derecho a la salud, es de fundamental importancia que los Estados, las organizaciones internacionales y otras entidades adopten una perspectiva de género en todos los procesos de formulación de política pertinentes;
- f) Un enfoque integrado. El derecho al más alto nivel posible de salud requiere un enfoque integrado conforme al cual los programas de suministro de agua incluyan un saneamiento e higiene adecuados;
- g) Campañas de información pública. Deben ponerse en marcha amplias campañas de sensibilización pública sobre la salud que brinden información relativa al agua y al saneamiento, por ejemplo, sobre higiene, almacenamiento seguro de agua potable y control de la calidad del agua. Esto resulta particularmente importante para los hogares de bajos ingresos que dependen de instalaciones de agua y saneamiento de pequeña escala;
- h) Año Internacional del Saneamiento (2008). La Asamblea General declaró recientemente el 2008 Año Internacional del Saneamiento, a fin de crear más conciencia sobre la importancia del saneamiento<sup>59</sup>. El Relator Especial insta a los Estados a aprovechar esta oportunidad para desplegar esfuerzos conjuntos y concertados en pro de la consecución del objetivo de desarrollo del Milenio relativo al agua potable y el saneamiento;
- i) Supervisión y rendición de cuentas. Una de las medidas más importantes que numerosos Estados deben tomar en pro de la realización del derecho a la salud en general, y del acceso al agua y al saneamiento en particular, consiste en establecer un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas eficaz, transparente y accesible. Podrá tratarse, por ejemplo, de una institución nacional de derechos humanos, un ombudsman de la salud o un regulador del agua y del saneamiento. Este mecanismo se ocuparía de supervisar y exigir responsabilidades a todos los agentes públicos y privados pertinentes en relación con la política nacional de agua y de saneamiento, así como con el acceso de todos al agua y al saneamiento;
- j) Cambio climático. El Relator Especial pide al Consejo de Derechos Humanos que estudie con carácter urgente las repercusiones del cambio climático sobre los derechos humanos en general y sobre el derecho al más alto nivel posible de salud en particular;
- k) El derecho humano al agua y el saneamiento. Cabe reconocer que el Consejo de Derechos Humanos ha comenzado a estudiar la cuestión de los derechos humanos y el acceso al agua<sup>60</sup>. Se recomienda que el Consejo nombre a un relator especial sobre el derecho al agua y el saneamiento para ayudar a los Estados a comprender sus obligaciones jurídicas, determinar y divulgar las mejores prácticas y supervisar la realización progresiva de este importante derecho humano. Por su parte, todos los Estados deberían reconocer el derecho humano al agua y el saneamiento.

{ 378 }  
 59 Resolución 61/192 de la Asamblea General.  
 60 Véase A/HRC/L.3/Rev.3



Asamblea General

Distr.  
GENERAL

A/HRC/7/11  
31 de enero de 2008

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS  
Séptimo período de sesiones  
Tema 3 de la agenda

**PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE  
TODOS LOS DERECHOS HUMANOS,  
CIVILES, POLÍTICOS, ECONÓMICOS,  
SOCIALES Y CULTURALES**

**INFORME DEL RELATOR ESPECIAL  
SOBRE EL DERECHO DE TODA  
PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS  
ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD  
FÍSICA Y MENTAL, SR. PAUL HUNT**

## **Resumen**

El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos.

El Consejo de Derechos Humanos, en su decisión 2/108, pidió al Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que determinara y estudiara las características principales de un sistema de salud eficaz, integrado y accesible, teniendo presente el nivel de desarrollo de los países. Este informe responde a esa petición.

Se reconoce cada vez más que un sistema de salud fuerte es un elemento esencial de una sociedad sana y equitativa. Un sistema de salud eficaz es una institución social fundamental en cualquier sociedad, tan importante como un sistema judicial justo o un sistema político democrático. Sin embargo, según una reciente publicación de la Organización Mundial de la Salud, en muchos países los sistemas de salud no logran sus objetivos y se desmoronan.

En el informe se describen brevemente algunos de los hitos históricos del desarrollo de los sistemas de salud, como la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978). Teniendo en cuenta las buenas prácticas en materia de salud y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, en el informe se presenta un enfoque general para reforzar los sistemas de salud (cap. II, sec. C). Este enfoque general debería aplicarse de manera coherente y sistemática en todos los elementos que, juntos, a modo de “bloques de construcción”, integran un sistema de salud eficiente. A título de ejemplo, el informe adopta el enfoque general en él presentado y comienza a aplicarlo a dos de esos elementos integrantes del sistema de salud (cap. II, sec. E).

En la sección F se indica de qué manera el derecho a un juicio con las debidas garantías ha contribuido a fortalecer los sistemas judiciales y se explica que, de igual manera, el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud puede contribuir a fortalecer los sistemas de salud.

## Índice

### I. INTRODUCCIÓN

### II. LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL DERECHO AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

- A. Los sistemas de salud: algunos hitos históricos
- B. Definiciones
- C. En términos generales, un enfoque basado en el derecho a la salud para fortalecer los sistemas de salud
- D. Los elementos integrantes del sistema de salud
- E. Aplicación del enfoque general: algunas medidas específicas para reforzar el sistema de salud
- F. El derecho a la salud contribuye a establecer un sistema de salud del mismo modo que el derecho a un juicio con las debidas garantías contribuye a establecer un sistema judicial

### III. CONCLUSIONES

## I.INTRODUCCIÓN

1. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 6/29, prorrogó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (el “derecho al más alto nivel posible de salud” o “derecho a la salud”) establecido en las resoluciones 2002/31 y 2004/27 de la Comisión de Derechos Humanos. Este informe se presenta de conformidad con dicha resolución.
2. El Relator Especial presentó a la Asamblea General en su sexagésimo segundo período de sesiones, en octubre de 2007, un informe provisional (A/62/214) en el que se examinaban tres cuestiones. En primer lugar, cómo establecer prioridades en las intervenciones de salud, dado que los presupuestos no son ilimitados. En segundo lugar, en el informe se esboza una metodología de evaluación de los efectos sobre el derecho a la salud. En tercer lugar, se destaca la importancia fundamental de los factores subyacentes determinantes de la salud, con particular referencia al agua potable y al saneamiento adecuado. En el informe se hace también una recapitulación de las actividades realizadas por el Relator Especial entre noviembre de 2006 y julio de 2007.
3. Entre julio y diciembre de 2007, el Relator Especial efectuó dos misiones: a Colombia (en septiembre), centrada en la fumigación aérea de los cultivos ilegales de coca a lo largo de la frontera con el Ecuador, y a la India (en noviembre) sobre la mortalidad materna. Los informes correspondientes serán presentados al Consejo de Derechos Humanos en septiembre de 2008.
4. En agosto de 2007, el Relator Especial pronunció en Abuja (Nigeria) una conferencia sobre los objetivos de desarrollo del Milenio y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, en el marco de una serie internacional de conferencias sobre asuntos de población de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.
5. El 19 de septiembre de 2007 se presentó el proyecto de directrices de derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos, iniciándose con ello un largo proceso de consultas públicas. A la luz de ese proceso, la versión final revisada de las directrices será publicada en 2008.
6. En la Universidad de Toronto, el Relator Especial pronunció también una conferencia pública sobre el derecho al más alto nivel posible de salud. En el mismo mes, tomó también la palabra en una conferencia organizada en Londres por Action for Global Health.
7. En octubre de 2007 el Relator Especial fue uno de los oradores principales en la octava Conferencia Internacional sobre la Evaluación de los Efectos para la Salud, celebrada en Dublín (Irlanda). El Relator Especial también celebró una reunión de consulta, invitado por la British Medical Association, sobre la rendición de cuentas y el derecho a la salud. En Nueva York, el Relator Especial se reunió con el Open Society Institute para hablar de su trabajo sobre el VIH/SIDA. Además, participó en reuniones de consulta, organizadas por la Misión Permanente del Brasil ante las Naciones Unidas, sobre el proyecto de directrices de derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos. También en octubre, el Relator Especial habló en la presentación de la Iniciativa Internacional sobre la Mortalidad Materna y los Derechos Humanos, que tuvo lugar en la Conferencia “Las Mujeres Dan Vida” celebrada en Londres.
8. En noviembre, el Relator Especial organizó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) un taller sobre la integración de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva en la labor del sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas. El taller

se celebró en la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra. También en noviembre, el Relator Especial presentó por escrito observaciones sobre el caso RR c. Polonia al Tribunal Europeo de Derechos Humanos para resolver la cuestión de saber si al denegar a una mujer el acceso a exámenes genéticos prenatales destinados a detectar una posible anormalidad fetal, el Estado violaba sus obligaciones en virtud del artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

9. En diciembre, el Relator Especial pronunció la primera conferencia anual sobre paludismo y derechos humanos organizada conjuntamente por la UK Coalition against Malaria [Coalición del Reino Unido contra la malaria] y la European Alliance against Malaria [Alianza europea contra la malaria].
10. Además de las ya mencionadas, durante el período de que se informa el Relator Especial participó en varias reuniones de consulta sobre el proyecto de directrices de derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos, por ejemplo con la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIM) y la empresa farmacéutica Novo Nordisk.
11. El Relator Especial está sumamente agradecido a todos cuantos le han dedicado su tiempo y prestado asesoramiento y apoyo.

## II. LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL DERECHO AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

12. La política y la práctica internacionales y nacionales de las seis últimas décadas han confirmado que la salud no sólo es un problema de derechos humanos sino también uno de los elementos fundamentales del desarrollo sostenible, de la reducción de la pobreza y de la prosperidad económica. Recientemente también, se ha reconocido cada vez más que un sistema de salud fuerte es un elemento esencial de una sociedad sana y equitativa. Un sistema de salud eficaz es una institución esencial de cualquier sociedad, tan importante como un sistema judicial justo o un sistema político democrático<sup>1</sup>.
13. Sin embargo, según una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud de muchos países no logran sus objetivos y se hallan al borde del hundimiento. "En demasiados países" los sistemas de salud "están a punto de hundirse o sólo son accesibles para grupos particulares de la población"<sup>2</sup>. Con demasiada frecuencia, "los sistemas de salud son injustos, regresivos y peligrosos". "En gran parte del mundo en desarrollo, los resultados sanitarios son de un nivel inaceptablemente bajo, y la persistencia de profundas desigualdades en cuanto al estado de salud es un problema del que no se libra ningún país del mundo. La raíz principal de esta crisis humana es el fracaso de los sistemas de salud"<sup>3</sup>.
14. La OMS también confirma que el desarrollo sostenible depende de que existan sistemas de salud eficaces: "Será imposible lograr los objetivos nacionales e internacionales, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio, sin aumentar la cantidad y la eficacia de las inversiones en

1 L. Freedman, "Achieving the MDGs: Health systems as core social institutions", *Development*, 2005, vol. 48, Nº 1, págs. 19 a 24 (disponible en <http://www.palgravejournals.com/development/journal/v48/n1/pdf/1100107a.pdf>).

2 *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, OMS, 2007, pág. 1 (disponible en [http://who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)).

3 *Ibid*

los sistemas y los servicios de salud”<sup>4</sup>.

15. El pilar central del derecho al más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos. Sin ese sistema, nunca se podrá realizar el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.
16. Así pues, sólo mediante el establecimiento de sistemas de salud y su fortalecimiento se podrá lograr el desarrollo sostenible, la reducción de la pobreza, la prosperidad económica, la mejora de la salud de las personas y poblaciones y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
17. En la decisión 2/108, el Consejo de Derechos Humanos pidió al Relator Especial que, al preparar su informe, tratara de la posibilidad de determinar y estudiar las características principales de un sistema de salud eficaz, integrado y accesible. Asimismo se le pidió que realizara esa tarea “teniendo presente el nivel de desarrollo de los países y desde la perspectiva del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental”.
18. En este informe se abordan los sistemas de salud desde la perspectiva del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sobre la base de numerosas consultas y del examen de gran número de publicaciones en el campo de la medicina y la salud pública<sup>5</sup>. Cabe destacar que el capítulo se funda en la comprensión de las buenas prácticas en materia de salud y en el derecho al más alto nivel posible de salud. Todas las características y las medidas aquí indicadas existen ya en algunos sistemas de salud, están reconocidas en algunos instrumentos internacionales relativos a la salud (como la Declaración de Alma-Ata) o son preconizadas en las publicaciones relativas a la salud. Pero generalmente no se reconocen como cuestiones de derechos humanos.
19. El informe describe la manera en que el derecho al más alto nivel posible de salud sostiene y fortalece un sistema de salud eficaz, integrado y accesible y por qué esto es importante.

## A. LOS SISTEMAS DE SALUD: ALGUNOS HITOS HISTÓRICOS<sup>6</sup>

20. Ha existido algún tipo de sistema de salud desde el momento en que la gente se ha esforzado por proteger su salud y tratar las enfermedades, pero los sistemas organizados tienen escasamente 100 años de existencia, incluso en los países industrializados. Son instituciones políticas y sociales y generalmente engloban a los sectores público y privado y al voluntariado. Muchos sistemas de salud modelados por los valores y los objetivos nacionales e internacionales, han perdurado a lo largo de varias generaciones de desarrollo y reforma, a veces paralelas y compitiendo entre sí.
21. Uno de los primeros intentos por unificar las ideas acerca de la salud dentro de un único marco de política se concretó en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, acordada por los Ministros de Salud de todo el mundo y aprobada el 12 de septiembre de

4 *Ibid.*, pág. v.

5 El informe se ha enriquecido gracias a las consultas celebradas en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América, Nueva Zelanda, Australia, Suiza, Italia y Zimbabwe. Las consultas englobaron a una amplia gama de partes interesadas de países en desarrollo y países desarrollados, incluidos los pueblos indígenas. El Relator Especial está muy agradecido a todos los organizadores de las reuniones y los participantes en ellas.

6 Esta sección se basa en gran medida en *Everybody's Business...* (nota 2 supra), pág. 9.

1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Esa Declaración fundamental no está orientada a abordar los sistemas de salud en su totalidad<sup>7</sup>, sino que se centra en algunos componentes esenciales de un sistema de salud eficaz y sigue siendo de gran actualidad en lo que se refiere al fortalecimiento de los sistemas de salud.

22. La Declaración comienza por la afirmación de que el logro del grado más alto posible de salud es un derecho humano fundamental. Hay varios temas principales recurrentes a lo largo de la Declaración, y todos ellos son pertinentes en relación con los sistemas de salud de los países desarrollados y los países en desarrollo<sup>8</sup>:
  - a) La importancia de la equidad;
  - b) La necesidad de participación comunitaria;
  - c) La necesidad de un enfoque multisectorial de los problemas de salud;
  - d) La necesidad de una planificación eficaz;
  - e) La necesidad de redes de consultorios integradas;
  - f) La especial atención a las actividades de promoción de la salud;
  - g) El papel fundamental del personal con formación adecuada;
  - h) La importancia de la cooperación internacional.
23. Además de estos temas, la Declaración destaca varias intervenciones de salud esenciales:
  - a) La educación sobre los principales problemas de salud;
  - b) La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada;
  - c) Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
  - d) La asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia;
  - e) La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
  - f) La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
  - g) El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes;
  - h) El suministro de medicamentos esenciales.
24. Desde 1978 se ha ido reconociendo cada vez más la importancia de varias otras cuestiones, como el género, el medio ambiente, la discapacidad, la salud mental, los sistemas tradicionales de salud, el papel del sector privado y la rendición de cuentas. Hay que tenerlos presentes al reexaminar la Declaración.
25. Una de las características más llamativas de la Declaración es que abarca los ámbitos interrelacionados de la medicina, la salud pública y los derechos humanos. Por ejemplo, incluye aspectos de la atención médica, como es el acceso a los medicamentos esenciales, y la salud pública, como son la participación comunitaria y el acceso al agua potable, todos ellos facetos importantes del derecho al más alto nivel posible de salud. La Declaración se sitúa en la intersección entre la medicina, la salud pública y los derechos humanos. Esta convergencia se ve reforzada por la Observación general Nº 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12) en cuyo párrafo 43 se que dice que "la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca".

7 Para un enfoque más general, véase el Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, OMS, 2000.

8 Este pasaje está basado en gran medida en A. Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press, 2007, págs. 63 y 64.

ca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12”, relativo al derecho al más alto nivel posible de salud.

26. Desde su aprobación, algunos de los elementos de la Declaración han evolucionado. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986), por ejemplo, estableció las bases de la promoción moderna de la salud. Yendo más allá de un sector de la salud orientado a la curación, la Carta destaca el papel esencial de la prevención y la promoción multisectoriales en relación con muchos problemas de salud.
27. No obstante, en su mayor parte, los principales mensajes de la Declaración de Alma-Ata quedaron relegados al olvido en los años ochenta y noventa. Por distintas razones, hubo una reorientación hacia las intervenciones biomédicas verticales (o selectivas). Impulsados por la economía neoliberal, los programas de ajuste estructural dieron lugar a una reducción de los presupuestos de salud y a la introducción del cobro al usuario. Como observó recientemente la OMS, “Los resultados eran previsibles. Los pobres se vieron disuadidos de seguir un tratamiento y el sistema de cobro al usuario sólo generó ingresos limitados. Además, el mantenimiento de una red de hospitales y dispensarios con recursos insuficientes, al tiempo que los programas verticales, cada vez atraían más recursos humanos y económicos, aumentaron la presión sobre los sistemas de salud llevándolos a veces al borde del hundimiento”<sup>9</sup>.
28. La cita es sorprendente y causa vergüenza. Se establecieron políticas internacionales y nacionales que, de manera previsible, llevaron los sistemas de salud “al borde del hundimiento”.
29. A medida que se agravaba la crisis sanitaria, la eficiencia se convirtió en lema y la reforma del sector de la salud se centró ante todo en hacer más con menos<sup>10</sup>. La comunidad internacional tardó hasta el final del siglo en afrontar la realidad de que gestionar los sistemas de salud con un presupuesto de 10 dólares de los EE.UU. por habitante, o menos, no es una propuesta viable.
30. En los últimos años ha aumentado considerablemente la cantidad de fondos internacionales disponibles para la salud. Algunos Estados también han incrementado la financiación nacional de la salud. Gran parte del aumento de las inversiones de asociados externos, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI, se ha centrado en enfermedades y afecciones específicas. Sin embargo, estas iniciativas han puesto de manifiesto (algunos dirían que han agravado) el estado de deterioro de muchos sistemas de salud. Se ha empezado a caer en la cuenta de que estas iniciativas específicas no pueden prosperar si no existen sistemas de salud eficaces y sólidos. En los últimos años también se ha ido tomado conciencia de la gravedad de la crisis del personal de salud, en particular el éxodo de profesionales desde los países con bajos ingresos hacia los países con ingresos altos, una forma perversa de subvención de los ricos por los pobres<sup>11</sup>.
31. En 2005, reconociendo que los sistemas de salud inadecuados impedían los avances en la mejora de la cobertura de inmunización, la GAVI decidió apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud con un compromiso inicial de 500 millones de dólares de los EE.UU. para 2006-2010<sup>12</sup>. La Alianza Internacional en pro de la Salud, iniciada en 2007, un pacto mundial para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud, tiene por objetivo crear sistemas de salud en algunos de los países más pobres del mundo. Se espera que la Alianza haga algo más que utilizar mejor la ayuda existente y también que genere más recursos.

9 Everybody's business... (nota 2 supra), pág. 9.

10 *Ibid.*

11 Véase el informe del Relator Especial, documento A/60/348, sección relativa al éxodo intelectual, párrs. 18 a 89.

12 Véase [http://www.gavialliance.org/resources/HSS\\_Background.pdf](http://www.gavialliance.org/resources/HSS_Background.pdf).

32. A medida que se invierten más recursos en los sistemas de salud, resulta más evidente la oportunidad de la decisión 2/108 del Consejo de Derechos Humanos. Es importante aclarar la relación entre los sistemas de salud y el derecho al más alto nivel posible de salud. De ese modo, ese derecho, fundado en las buenas prácticas de salud, puede servir para aportar una contribución práctica y constructiva al fortalecimiento de los sistemas de salud.
33. Además, los Estados están obligados por ley a cumplir sus obligaciones internacionales y nacionales de derechos humanos jurídicamente vinculantes. La determinación de las características de un sistema de salud derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud puede ayudar a los Estados a velar por que sus políticas y sus prácticas sean conformes con sus deberes jurídicamente vinculantes en materia de derechos humanos.

## B. DEFINICIONES

34. Hay un sinnúmero de definiciones distintas de sistemas de salud. En una guía importante publicada por la OMS en 1991, Tarimo define el sistema de salud como un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los establecimientos de enseñanza, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el entorno físico y psicológico y en el sector de la salud y sectores conexos<sup>13</sup>. En 2007, la OMS adoptó una definición menos amplia, según la cual el sistema de salud está integrado por todas las organizaciones, personas y actividades cuya intención principal consiste en promover, restablecer o mantener la salud<sup>14</sup>. Diversos autores proponen muchas otras definiciones, cada una con diferencias cuidadosamente matizadas.
35. A los efectos del presente informe, no es necesario optar por una definición más que por otra, pues todas las características y medidas expuestas en el informe deberían formar parte de cualquier sistema de salud, sea cual fuere su definición.

## C. EN TÉRMINOS GENERALES, UN ENFOQUE BASADO EN EL DERECHO A LA SALUD PARA FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD

36. La normativa internacional de derechos humanos indica el contenido del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y los aspectos que lo delimitan. En los diez últimos años más o menos, los Estados, las organizaciones internacionales, los mecanismos internacionales y nacionales de derechos humanos, los tribunales, las organizaciones de la sociedad civil, el mundo universitario y muchas otras personas o entidades han empezado a analizar lo que significa ese derecho humano y cómo puede garantizarse su ejercicio. Los agentes de salud están aportando a este proceso la contribución más determinante.
37. En la presente sección, sobre la base de esa experiencia de profundización y de las buenas prácticas de salud, se expone el enfoque general del derecho al más alto nivel posible de salud adoptado para fortalecer los sistemas de salud. Por limitaciones de espacio, la presente exposición sólo será una breve introducción al tema.

<sup>13</sup> E. Tarimo, *Towards a Healthy District. Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*, OMS, 1991, pág. 4.

<sup>14</sup> Everybody's Business... (nota 2 supra), pág. 2.

## **1. Objetivo central: el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones**

38. Un sistema de salud da lugar a numerosas cuestiones técnicas. Por supuesto, al abordar estas cuestiones técnicas los expertos desempeñan una función indispensable, pero existe el riesgo de que los sistemas de salud sean impersonales, funcionen sólo en sentido descendente y estén dominados por esos expertos. Además, como se observa en una reciente publicación de la OMS, los sistemas y servicios de salud se centraban principalmente en la enfermedad y no en la persona en general, cuyo cuerpo y cuya mente están relacionados y que necesita ser tratada con dignidad y respeto<sup>15</sup>. En esa publicación se llega a la conclusión de que la atención de salud y los sistemas de salud deben basarse en un enfoque más holístico y centrado en la persona<sup>16</sup>. Este es también el enfoque que se necesita al examinar el derecho al más alto nivel de salud posible. Porque coloca el bienestar de cada persona, de la comunidad y de la población en general en el centro del sistema de salud, el derecho a la salud puede contribuir a lograr que el sistema de salud no sea tecnocrático ni esté alejado de la gente a la que preponde servir.

## **2. No sólo resultados, sino también procesos**

39. El derecho al más alto nivel posible de salud tiene que ver tanto con los procesos como con los resultados. No sólo se interesa por lo que hace el sistema de salud (por ejemplo, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales y al agua potable), sino también por la manera en que lo hace (por ejemplo, de manera transparente y participativa y sin discriminación).

## **3. Transparencia**

40. El acceso a la información sanitaria es una característica fundamental de todo sistema de salud eficaz, al igual que el derecho al más alto nivel posible de salud. Gracias a la información sanitaria, cada persona y comunidad puede promover su propia salud, participar efectivamente, obtener servicios de calidad, seguir de cerca la realización progresiva, denunciar la corrupción y exigir cuentas a los responsables, entre otras cosas. La transparencia es exigible de todos cuantos trabajan en los sectores relacionados con la salud, entre ellos los Estados, las organizaciones internacionales, las diversas alianzas entre los sectores público y privado, las entidades empresariales y las organizaciones de la sociedad civil.

## **4. Participación**

41. Todas las personas y comunidades tienen derecho a participar de manera activa y con conocimiento de causa en las cuestiones relacionadas con su salud. En el contexto del sistema sanitario, ello entraña la participación en la determinación de la estrategia global, la formulación de políticas, su aplicación y la rendición de cuentas. La importancia de la participación comunitaria es uno de los temas principales que se mencionan repetidamente a lo largo de toda la Declaración de Alma-Ata. Como aspecto fundamental, los Estados tienen la responsabilidad, en relación con los derechos humanos, de prever arreglos institucionales para que todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las comunidades desfavorecidas, puedan participar de manera activa y con conocimiento de causa<sup>17</sup>. Estas cuestiones se han analizado en varios informes del Relator Especial, en particular sobre Uganda y la discapacidad mental<sup>18</sup>.

15 People at the Centre of Health Care. *Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems*, OMS, 2007, pág. v.

16 *Ibid.*, pág. vii.

17 Véase H. Potts, *Human Rights in Public Health: Rhetoric, Reality and Reconciliation*, tesis de doctorado, Universidad de Monash, Melbourne (Australia), 2006.

18 E/CN.4/2006/48/Add.2 y E/CN.4/2005/51.

## **5. Equidad, igualdad y no discriminación**

42. La igualdad y la no discriminación son dos de los elementos más fundamentales de los derechos humanos en el plano internacional, incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Todo Estado tiene impuesta por ley la obligación de velar por que todos puedan tener acceso al sistema de salud sin discriminación, incluidas las personas que viven en la pobreza, las minorías, los indígenas, las mujeres, los niños, los que viven en barriadas pobres y en zonas rurales, las personas con discapacidad y cualquier otra persona o comunidad desfavorecida. Asimismo, el sistema de salud debe estar atento a las necesidades particulares de salud de las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas de edad, entre otras. Los principios de derechos humanos que son la igualdad y la no discriminación, que van unidos, significan que se deben implantar programas de proximidad y de otro tipo para asegurar que las personas y comunidades desfavorecidas tengan en la práctica el mismo acceso que otros grupos más favorecidos.
43. La igualdad y la no discriminación están íntimamente relacionadas con el concepto sanitario decisivo de la equidad. No existe una definición de equidad de aceptación general, pero una definición válida puede ser "la igualdad de acceso a la atención sanitaria de acuerdo con la necesidad"<sup>19</sup>. Estos tres conceptos tienen todos ellos un componente de justicia social. En algunos aspectos, la igualdad y la no discriminación, cuando son reforzadas por la ley, tienen más fuerza que la equidad. Por ejemplo, si deja de tomar medidas eficaces para hacer frente a la discriminación racial en el sistema de salud, un Estado podrá ser considerado responsable y se le podrá exigir que haga lo necesario para poner remedio a esa situación. Además, si las personas que viven en la pobreza no tienen acceso al sistema de salud, a diferencia de los ricos, que sí lo tienen, el Estado podrá ser tenido por responsable y se le podrá exigir que ponga remedio a la situación.

## **6. Respeto de las diferencias culturales**

44. El sistema de salud debe respetar las diferencias culturales. Los agentes de salud, por ejemplo, deberán prestar atención a las cuestiones relativas a la pertenencia étnica y el contexto cultural. Asimismo, el sistema de salud habrá de tener en cuenta los usos tradicionales en materia de prevención, prácticas curativas y medicamentos. Conviene adoptar estrategias para estimular y dar facilidades a los indígenas, por ejemplo, para que estudien la medicina y la salud pública. Se debe favorecer además la capacitación en algunas prácticas médicas tradicionales<sup>20</sup>. Por supuesto, el respeto de las diferentes culturas es por principio un derecho. Pero, además, es lógico que lo sea como cuestión práctica. Según observa Thoraya Ahmed Obaid, Director Ejecutivo del UNFPA, cuando se tienen en cuenta las sensibilidades culturales se consigue de la comunidad un mayor grado de aceptación de los programas como propios y aumenta su sostenibilidad<sup>21</sup>.

## **7. La atención médica y los factores subyacentes determinantes de la salud**

45. Los individuos, comunidades y poblaciones necesitan algo más que atención médica para gozar de buena salud. Por ello, en la normativa internacional de derechos humanos se presenta el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental como un derecho que incluye no sólo una atención médica oportuna y apropiada, sino también los factores subya-

19 An Introduction to Health Planning... (nota 8 supra), pág. 64.

20 Véanse, por ejemplo, en los documentos A/59/422 y E/CN.4/2005/51/Add.3, las reflexiones del Relator Especial sobre los indígenas y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

21 Culture Matters-Working with communities and faith-based organizations: Case studies from country programmes, UNFPA, 2004, pág. v.

centes determinantes de la salud como son el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado, un suministro suficiente de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el entorno ambiental, y el acceso a la educación e información sobre las cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, así como la no discriminación<sup>22</sup>. Los factores sociales determinantes de la salud, como son el género, la pobreza y la exclusión social, son importantes preocupaciones inherentes al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. En su labor, por ejemplo, el Relator Especial se ha referido invariablemente a la atención médica y a los factores determinantes de la salud, incluidos los efectos de la pobreza y la discriminación en la salud. En resumen, el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud comprende las esferas tradicionales tanto de la atención médica como de la salud pública. Esta es la perspectiva que aporta al fortalecimiento de los sistemas de salud el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

## 8. Realización progresiva y limitaciones de recursos

46. El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud está subordinado a su realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. Dicho de otro modo, sería absurdo pensar que se puede construir de la noche a la mañana un sistema de salud global e integrado. Más bien, en su mayor parte, los derechos humanos presuponen la adopción de medidas eficaces por el Estado para ir construyendo progresivamente un sistema de salud eficaz que garantice su acceso para todos. Es parecida la perspectiva adoptada en las disciplinas de la medicina y de la salud pública; según la Declaración de Alma-Ata, se trata de lograr una "mejora progresiva"<sup>23</sup>. Asimismo, el derecho a la salud es realista: exige más a los Estados de ingresos altos que a los de ingresos bajos, es decir, la realización del derecho a la salud está supeditada a la disponibilidad de recursos.
47. Esos dos conceptos -la realización progresiva y la disponibilidad de recursos- tienen numerosas consecuencias para los sistemas de salud, algunas de las cuales se analizan brevemente más adelante en este capítulo. Por ejemplo, como la realización progresiva no se produce espontáneamente, el Estado debe contar con un plan nacional global, que comprenda tanto el sector público como el privado, para el desarrollo de su sistema de salud. En la Declaración de Alma-Ata y en la Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, se reconoce la importancia capital de la planificación (véanse más detalles sobre la planificación en la sección E infra).
48. Otra consecuencia de la realización progresiva es la necesidad de incluir indicadores y puntos de referencia apropiados en el sistema de salud para que sea eficaz; de no ser así, no hay manera de saber si el Estado está mejorando o no su sistema de salud y realizando progresivamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Además, los indicadores deberán desglosarse por categorías adecuadas, como son el sexo, la condición socioeconómica y la edad, para que el Estado sepa si funcionan o no sus programas de proximidad para atender a las personas y comunidades desfavorecidas. Los indicadores y puntos de referencia son ya características habituales de numerosos sistemas de salud, pero rara vez tienen todos los elementos importantes desde la perspectiva de los derechos humanos, como son el desglose por categorías apropiadas<sup>24</sup>.
49. Una tercera consecuencia derivada de la realización progresiva es la necesidad de mantener

22 Véase, por ejemplo, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño: la atención de salud comprende la atención odontológica.

23 Apartado 6 del párrafo VII.

24 Sobre el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, véase el informe E/CN.4/2006/48 del Relator Especial.

como mínimo el nivel actual de disfrute del más alto nivel posible de salud. Esto se menciona a veces como principio de no regresión<sup>25</sup>. Aunque se puede refutar en determinadas circunstancias, existe la fuerte presunción de que las medidas que reducen el actual nivel de disfrute del derecho a la salud no son permisibles.

50. Por último, la realización progresiva no significa que el Estado tenga la libertad de elegir cualquier medida que le parezca oportuna mientras refleje cierto grado de progreso. El Estado tiene la obligación de adoptar las medidas que sean más eficaces, teniendo a la vez en cuenta la disponibilidad de recursos y otras consideraciones de derechos humanos.

## 9. Deberes de efecto inmediato: obligaciones básicas

51. Aunque está supeditado a la realización progresiva y a la disponibilidad de recursos, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud da lugar a algunas obligaciones básicas de efecto inmediato. El Estado tiene “la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales” del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>26</sup>. ¿Cuáles son más concretamente esas obligaciones fundamentales? Algunas se examinan más adelante en este informe. Entre ellas, resumidamente, figuran las siguientes:
- a) Preparar un plan nacional general para el desarrollo del sistema de salud;
  - b) Asegurar el acceso a los servicios e instalaciones relacionados con la salud sin discriminación, especialmente en el caso de las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas; esto significa, por ejemplo, que el Estado tiene la obligación fundamental de establecer programas de proximidad eficaces para las personas que viven en la pobreza;
  - c) Asegurar la distribución equitativa de los servicios e instalaciones relacionados con la salud, para que haya, por ejemplo, un equilibrio aceptable entre las zonas rurales y urbanas;
  - d) Establecer mecanismos eficaces, transparentes, accesibles e independientes para la rendición de cuentas en relación con los deberes dimanantes del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
52. Asimismo, el Estado tiene la obligación fundamental de asegurar una “cesta” o conjunto mínimo de servicios e instalaciones relacionados con la salud, que comprenda los alimentos indispensables para no padecer hambre, un saneamiento básico y agua adecuada, medicamentos esenciales, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas prevalentes en la comunidad, y servicios de salud sexual y reproductiva que faciliten información, planificación familiar, servicios de atención prenatal y posnatal, así como atención obstétrica de urgencia. Algunos Estados han determinado ya ese conjunto mínimo de servicios para sus respectivas poblaciones. Algunas organizaciones internacionales han tratado asimismo de determinar ese conjunto mínimo de servicios de salud. Se trata de una labor difícil, sobre todo porque los retos sanitarios varían mucho de un Estado a otro, lo cual significa que, en la práctica, la “cesta” mínima puede variar también de unos países a otros. En algunos países plantea un reto la desnutrición, y en otros lugares, la obesidad.
53. Hay que hacer mucho más para ayudar a los Estados a determinar cuál es la “cesta” mínima de servicios e instalaciones relacionados con la salud que se necesita para que pueda realizarse el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Sin embargo, la finalidad del presente informe no consiste en analizar esa tarea tan vital. Este informe no trata de proponer una lista de servicios e instalaciones esenciales indispensables para el buen funcionamiento del

25 Observación general N° 14 (2000), párr. 32, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

26 *Ibid.*, párrs. 43 a 45.

sistema de salud. Tiene más bien por objeto determinar varias otras características que todos los sistemas de salud deberían poseer, frecuentemente olvidadas, dimanantes del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y fundadas en las buenas prácticas de salud. Entre esas características cabe mencionar, entre otras, el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación, un plan de salud actualizado y la rendición de cuentas efectiva por la gestión de los sectores de salud público y privado.

## **10. Calidad**

54. Los servicios e instalaciones de salud deben ser de buena calidad. Por ejemplo, todo sistema de salud deberá poder asegurar el acceso a medicamentos esenciales de buena calidad. Si se rechazan en el Norte por su posible nocividad al haber vencido su fecha de caducidad, los medicamentos no deben ser reciclados y enviados al Sur. Dado que los medicamentos se pueden falsificar o adulterar, el Estado debe establecer un sistema de reglamentación para comprobar su inocuidad y calidad. La exigencia de buena calidad se aplica también a la manera en que se trata a los pacientes y a otras personas. El personal de salud debe tratar a los pacientes y a las demás personas de manera cortés y respetuosa.

## **11. Continuidad de la prevención y la asistencia con un sistema eficaz para el envío de casos**

55. Todo sistema de salud debe poseer un conjunto apropiado de instalaciones y servicios de atención primaria (en la comunidad), secundaria (en los distritos) y terciaria (especializada) para proporcionar servicios de prevención y asistencia sanitaria sin solución de continuidad. El sistema necesita además establecer un procedimiento eficaz para que el agente de salud, si ve que un cliente puede beneficiarse de servicios complementarios, pueda enviarlo de un servicio a otro. El envío de casos es asimismo necesario, en un sentido o en otro, entre un sistema sanitario alternativo (por ejemplo, la medicina tradicional) y el sistema de salud principal. La falta de un sistema eficaz para el envío de pacientes se halla en contradicción con el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

## **12. ¿De manera vertical o integrada?**

56. Existe desde antiguo un debate acerca de las ventajas respectivas de las intervenciones de salud verticales (o selectivas), centradas en una o más enfermedades o afecciones, y de un enfoque global e integrado. Debido a los recursos que consumen, las intervenciones verticales pueden comprometer el avance hacia el logro de un sistema de salud eficaz a largo plazo. Pueden presentar otras desventajas, como son la duplicación y la fragmentación. Sin embargo, en algunas circunstancias, por ejemplo durante una emergencia de salud pública, puede haber motivos para una intervención vertical. Cuando se dan esas circunstancias, la intervención debe prepararse cuidadosamente para, en la medida de lo posible, reforzar o evitar que se debilite un sistema de salud global e integrado.

## **13. Coordinación**

57. Todo sistema de salud, así como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, depende de la coordinación eficaz entre una amplia serie de agentes públicos y privados (incluidas las organizaciones no gubernamentales) a nivel nacional e internacional. El ámbito de esa coordinación dependerá de cómo se haya definido el sistema de salud, pero la coordinación tiene una importancia capital sea cual fuere esa definición. Por ejemplo, el sistema de salud y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud presuponen la coordinación eficaz entre diversos sectores y departamentos, entre ellos la salud, el medio ambiente, el agua, el saneamiento, la educación, la alimentación, la vivienda, la hacienda y los transportes. Tam-

bién presuponen la coordinación dentro de cada sector y departamento, por ejemplo dentro del ministerio de salud. También es preciso coordinar la elaboración de políticas y la prestación efectiva de los servicios.

58. Según ha observado el Relator Especial, en muchos Estados la coordinación de la labor relacionada con la salud se efectúa de manera muy dispersa y débil. Por sí solo, el gabinete ministerial no es un mecanismo que baste para coordinar las cuestiones relacionadas con la salud. Es indispensable disponer de otros mecanismos de coordinación.

#### **14. La salud como bien público mundial: importancia de la cooperación internacional<sup>27</sup>**

59. Los bienes públicos son bienes que benefician a la sociedad en general. El concepto de "bienes públicos nacionales", como es el mantenimiento del orden público, es un concepto bien arraigado. En un mundo cada vez más interdependiente se presta mucha más atención a los "bienes públicos mundiales". Éstos se refieren a cuestiones en las que la comunidad internacional tiene un interés común. En el contexto de la salud se consideran bienes públicos mundiales, entre otros, la lucha contra las enfermedades infecciosas, la difusión de la investigación sanitaria y ciertas iniciativas de reglamentación internacionales, por ejemplo el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Aunque sigue siendo muy impreciso, el concepto de "bienes públicos mundiales" confirma que el sistema de salud tiene facetas tanto nacionales como internacionales.
60. La faceta internacional del sistema de salud halla también su expresión en las responsabilidades que asumen los Estados en materia de asistencia y cooperación internacional en el ámbito de los derechos humanos. Puede verse el origen de esas responsabilidades en la Carta de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en varias declaraciones y diversos tratados vinculantes internacionales más recientes sobre derechos humanos<sup>28</sup>. Quedan también reflejadas en los documentos finales de varias conferencias mundiales, como la Declaración del Milenio, así como en muchas otras iniciativas, entre ellas la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad (2005).
61. Como mínimo, todos los Estados tienen la obligación de cooperar en las cuestiones relativas a la salud y a "no dañar" a sus vecinos. Los Estados de ingresos altos tienen además el deber de proporcionar asistencia internacional apropiada y ofrecer su cooperación en materia de salud a los países de bajos ingresos. En especial, deberían ayudar a los países de bajos ingresos a cumplir sus obligaciones fundamentales dimanantes del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por su parte, los Estados de bajos ingresos tienen la responsabilidad de recabar ayuda y cooperación internacional apropiada que les ayude a fortalecer sus sistemas de salud.
62. Hay que proseguir el estudio de la relación entre los "bienes públicos mundiales" sanitarios y la responsabilidad impuesta por los derechos humanos de ofrecer ayuda y cooperación internacional en el campo de la salud.

#### **15. Un equilibrio adecuado**

63. Pocos derechos humanos son de carácter absoluto. Con frecuencia habrá que hallar el debido equilibrio entre derechos humanos contrapuestos. La libertad de información, por ejemplo,

27 Esta sección se basa en gran medida en *Health is Global: Proposals for a UK Government-Wide Strategy*, Departamento de Salud, 2007, especialmente en la página 46.

28 Véase S. Skogly, *Beyond National Borders: States' Human Rights Obligations in International Cooperation*, Anberes/Oxford, Intersentia, 2006.

tiene que compaginarse con el derecho a la intimidad. Además, a menudo hay revindicaciones legítimas pero contrapuestas derivadas de un mismo derecho humano, especialmente en relación con los numerosos derechos que están supeditados a la disponibilidad de recursos. En el contexto de los sistemas de salud, la limitación de los recursos presupuestarios impone la elección de políticas rigurosas. ¿Debe el gobierno construir un nuevo hospital universitario, establecer más dispensarios de atención primaria, reforzar la asistencia comunitaria a las personas con discapacidad, mejorar el saneamiento en la capital, ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovirales, o subvencionar un medicamento anticánceroso eficaz pero caro? Estas problemáticas cuestiones se han abordado en un informe preliminar del Relator Especial presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/62/214). Los derechos humanos no permiten responder de manera clara a esas cuestiones, como tampoco puede hacerlo la ética o la economía. Pero los derechos humanos exigen dar respuesta a esas cuestiones mediante un proceso equitativo, transparente y participativo, teniendo en cuenta criterios explícitos, como es el bienestar de quienes viven en la pobreza, y no sólo las reivindicaciones de poderosos grupos de intereses.

64. Habida cuenta de la complejidad, del carácter delicado y de la importancia de muchas de las cuestiones de política sanitaria, es sumamente importante que haya mecanismos eficaces, accesibles e independientes para la rendición de cuentas y así poder llegar a un equilibrio razonable mediante procesos equitativos en los que se tengan en cuenta todas las consideraciones pertinentes, incluidos los intereses de las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas.

## **16. Vigilancia y rendición de cuentas**

65. Los derechos implican deberes, y éstos exigen que se rindan cuentas. La rendición de cuentas es uno de los aspectos más importantes de los derechos humanos, y ciertamente también uno de los que menos se comprenden. Los derechos humanos exigen la rendición de cuentas, pero eso no significa que cada agente de salud u organismo sanitario especializado vaya a imponer el respeto de los derechos humanos. La rendición de cuentas comprende la vigilancia del comportamiento, del rendimiento y de los resultados. En el contexto del sistema de salud, debe haber mecanismos accesibles, transparentes y eficaces para la rendición de cuentas que permitan comprender cómo han desempeñado su función las personas con responsabilidades en el sistema de salud. Más adelante, en la sección E, se examina más detalladamente la importancia crucial de la rendición de cuentas.

## **17. Obligación jurídica**

66. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud da lugar a obligaciones jurídicamente vinculantes. El Estado está obligado por ley a velar por que el sistema de salud posea cierto número de las características e instrumentos de medida señalados en los párrafos precedentes. El sistema de salud debe poseer, por ejemplo, un plan nacional general; programas de proximidad para las personas desfavorecidas; un conjunto mínimo de servicios e instalaciones relacionados con la salud; sistemas eficaces para el envío de casos; dispositivos para asegurar la participación de las personas afectadas por la toma de decisiones relativas a la salud; y respeto de las diferencias culturales. Por supuesto, las buenas prácticas de salud también deben cumplir con estos requisitos. Una de las contribuciones características del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud consiste en que refuerza esas buenas prácticas de salud con la obligación jurídica y la rendición de cuentas.

## **D. LOS ELEMENTOS INTEGRANTES DEL SISTEMA DE SALUD**

67. En la sección precedente, fundada en las buenas prácticas de salud, se ha expuesto en sus líneas generales el enfoque basado en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Ese enfoque general tiene que aplicarse de manera coherente y sistemática en todos y cada uno de los numerosos elementos que juntos constituyen un sistema de salud eficiente.
68. ¿Cuáles son esos elementos funcionales de un sistema de salud? La bibliografía sanitaria sobre esta cuestión es muy extensa. Por su parte, la OMS ha identificado los “seis elementos integrantes fundamentales” que juntos constituyen un sistema de salud<sup>29</sup>:
  - a) Servicios de salud. “Son buenos servicios de salud los que llevan a cabo intervenciones sanitarias eficaces, seguras y de calidad, tanto personales como no personales, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, con una pérdida mínima de recursos.” Entre las intervenciones sanitarias no personales cabe mencionar, por ejemplo, el suministro de agua potable y un saneamiento adecuado.
  - b) Personal sanitario. “Un personal sanitario eficaz es el que trabaja de manera atenta a las necesidades, equitativa y eficiente para conseguir los mejores resultados sanitarios posibles, dados los recursos disponibles y las circunstancias, es decir, un personal en número suficiente y con una gama adecuada de competencias, distribuido equitativamente, competente, atento a las necesidades y productivo.”
  - c) Sistema de información sanitaria. “Es un sistema de información sanitaria que funciona satisfactoriamente aquel que asegura la producción, el análisis, la difusión y el empleo de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, los resultados del sistema de salud y la situación sanitaria.”
  - d) Productos médicos, vacunas y tecnologías. “Un sistema de salud que funciona satisfactoriamente asegura el acceso equitativo a productos médicos esenciales y vacunas y tecnologías de calidad, inocuidad, eficacia y eficiencia garantizadas, así como su utilización científicamente válida y eficiente.”
  - e) Financiación de la salud. “Un buen sistema de financiación de la salud recauda fondos adecuados para la salud con miras a garantizar que la población pueda recurrir a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de esos servicios.”
  - f) Liderazgo, gobernanza, rectoría. Este elemento “entraña la necesidad de procurar que existan marcos normativos estratégicos en combinación con el establecimiento efectivo de alianzas para fines de supervisión, con una reglamentación e incentivos apropiados, con la debida atención al diseño de sistemas y con la rendición de cuentas”.
69. Aunque algunas de estas formulaciones pueden ser objeto de debate, a los efectos del presente informe los mencionados elementos integrantes son una manera útil de considerar el sistema de salud. Por supuesto, cada elemento integrante ha generado un número enorme de publicaciones durante años.
70. Para los fines que aquí se persiguen, hay tres puntos que es preciso destacar. En primer lugar, no se trata sólo de elementos básicos para el sistema de salud sino también para el derecho

29 Everybody's Business... (nota 2 supra), pág. 3.

al disfrute del más alto nivel posible de salud. Al igual que un sistema de salud, el derecho a la salud presupone la existencia de servicios de salud, agentes de salud, información sanitaria, productos médicos, financiación y rectoría.

71. En segundo lugar, en la práctica, los elementos integrantes tal vez no dispongan de todas las características que requiere el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por ejemplo, puede que un país tenga un sistema de información sanitaria, que es uno de los elementos integrantes identificados por la OMS, pero ese sistema de información tal vez no incluya datos debidamente desglosados, que es uno de los requisitos del derecho a la salud. En resumen, se podría tener un elemento integrante fundamental, pero carente de algunas de las características exigidas por la normativa internacional de derechos humanos.
72. En tercer lugar, el reto fundamental consiste en aplicar -o integrar- el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, así como otros derechos humanos, en los seis elementos básicos. El enfoque general expuesto en la sección precedente debe aplicarse de manera coherente y sistemática a los servicios de salud, a los agentes de salud, a la información sanitaria, a los productos médicos, a la financiación y a la rectoría, todos ellos elementos que juntos constituyen un sistema de salud eficiente.
73. La aplicación sistemática del derecho a la salud a los seis elementos integrantes probablemente produzca una amplia serie de resultados. En algunos casos, el derecho a la salud reforzará las características actuales de los elementos integrantes a los que sistemáticamente se presta la atención que merecen. En otros casos, al aplicar el derecho podrá verse cuáles son las características actuales de los elementos integrantes que se tiende a desatender en la práctica y requieren mucha más atención, como es el desglose de los datos por categorías apropiadas. Es además posible que al aplicar el derecho se descubra que no suele considerarse que ciertas características, aunque importantes, forman parte de los seis elementos integrantes<sup>30</sup>.

## **E. APPLICACIÓN DEL ENFOQUE GENERAL: ALGUNAS MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA REFORZAR EL SISTEMA DE SALUD**

74. La limitada extensión del presente informe no permite aplicar el enfoque del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud a todos los elementos integrantes que juntos constituyen un sistema de salud. Una empresa de tal envergadura debe acometerse en otros estudios. No obstante, en la presente sección se hace una primera aplicación de ese enfoque a dos elementos integrantes determinados por la OMS: i) el personal sanitario, y ii) el liderazgo, la gobernanza y la rectoría. Esta aplicación del derecho a la salud, aunque somera, da una idea de las consecuencias prácticas de emplear el enfoque general esbozado en la sección C en relación con los elementos integrantes de un sistema de salud enumerados en la sección D.

## 1. El personal sanitario

75. A pesar de que, en los últimos años, la cuestión de los recursos humanos en la salud ha suscitado un interés creciente, raras son las ocasiones en que se examina de forma significativa su faceta de derechos humanos. Si se aplicase el enfoque general propuesto en la sección C al personal sanitario, habría que examinar con detenimiento algunos aspectos, como los indicados a continuación.
76. Los Estados deberían disponer de un plan actualizado para el desarrollo de los recursos humanos en los ámbitos de la salud preventiva, curativa y de rehabilitación, en el que estuvieran comprendidas la salud física y mental.
77. En su labor de planificación, el Estado debería estudiar la posibilidad de dar mayor protagonismo a los proveedores de nivel medio, como los ayudantes médicos y los técnicos en cirugía, así como a los agentes de salud pública. Los proveedores de nivel medio, de quienes se ha dicho que constituyen un puntal estratégico del derecho humano a la salud, ya son parte fundamental de los sistemas de salud de algunos países, como Mozambique<sup>31</sup>.
78. La contratación de agentes de salud debe incluir programas de proximidad para las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas, como son los indígenas<sup>32</sup>.
79. Es necesario aplicar medidas efectivas para lograr el equilibrio de género entre los agentes de salud en todos los ámbitos.
80. El Estado debe velar por que el número de agentes de salud formados en el país se corresponda con las necesidades sanitarias de la población, con sujeción al principio de la realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. En este contexto, ha de alcanzarse un equilibrio entre variables como, por ejemplo, el número de agentes de salud dedicados a la atención comunitaria o primaria y el número de especialistas en atención terciaria.
81. Se deberían recabar, centralizar y poner a disposición del público los datos relativos al número de agentes de salud. Estos datos deberían desglosarse por categorías (enfermera, profesional de salud pública, etc.). Dentro de cada categoría, las cifras deberían desglosarse, como mínimo, por sexos.
82. Deberían incorporarse los derechos humanos a la formación de los agentes de salud, en particular el respeto por la diversidad cultural, así como la importancia de tratar con cortesía a los pacientes y demás personas. Esta cuestión se aborda en el informe del Relator Especial en la sección sobre los profesionales de la salud y la educación en materia de derechos humanos<sup>33</sup>.
83. Tras la obtención de sus diplomas, todos los agentes de salud, sin discriminación, deben disponer de oportunidades para seguir formándose en su profesión.
84. El sueldo de los agentes de salud debe ser competitivo a escala nacional, y el resto de sus condiciones de empleo deben ser razonables. Deben respetarse sus derechos humanos, entre ellos la libertad de asociación, reunión y expresión. Debe brindárseles la oportunidad de participar de forma activa y con conocimiento de causa en la formulación de políticas sanitarias. La seguridad de los agentes de salud, que están desproporcionadamente expuestos a riesgos sanitarios, es un asunto de la mayor importancia desde el punto de vista de los derechos humanos.

31 Véase *Health Systems Strengthening for Equity (HSSE): The Power and Potential of Mid-Level Providers* en [www.midlevelproviders.org](http://www.midlevelproviders.org).

32 Por "agentes de salud" se entiende todos aquellos que desarrollan, administran, proporcionan, supervisan y evalúan la atención preventiva, curativa o de rehabilitación en los sectores de salud público y privado, incluidos los curanderos tradicionales.

33 A/60/348.

85. Debería haber incentivos al nombramiento y a la retención de agentes de salud en los ámbitos que reciben una atención insuficiente. Cuando el Relator Especial estuvo estudiando la situación del personal de salud en Uganda, éste fue uno de los asuntos a los que prestó atención<sup>34</sup>.
86. El éxodo intelectual plantea numerosos problemas de derechos humanos, como los relacionados con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en los países de origen. Tanto los Estados de origen como los de acogida deben disponer, en su caso, de políticas que hagan frente al éxodo intelectual. En un informe anterior, el Relator Especial examinó el éxodo intelectual desde la perspectiva del derecho a la salud<sup>35</sup>.

## **2. Liderazgo, gobernanza y rectoría**

87. Éste es “posiblemente el elemento integrante más complejo y crucial de cualquier sistema de salud”<sup>36</sup>. Está formado por numerosos componentes, entre los que figuran la planificación y la rendición de cuentas.

### **a) Planificación**

88. Por experiencia, el Relator Especial sabe que éste es uno de los puntos más débiles del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud. Salvo unas cuantas excepciones honrosas, la planificación sanitaria ha obtenido resultados mediocres, y la historia de la planificación sanitaria es sorprendentemente corta. Muchos Estados carecen de planes globales y actualizados. Cuando tales planes existen, “con frecuencia no llegan a ponerse en práctica y quedan como grandes proyectos sobre el papel. En otras ocasiones, los planes se llevan a cabo pero no satisfacen las necesidades reales de la población”<sup>37</sup>.
89. Sin embargo, desde la perspectiva del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la planificación eficaz es absolutamente indispensable. Las cuestiones de la realización progresiva y de la disponibilidad de recursos -dos componentes ineludibles del derecho internacional a la salud- no pueden abordarse sin planificación<sup>38</sup>.
90. Consciente de la importancia crucial de una planificación eficaz, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales manifestó que la elaboración de una estrategia y plan de acción sobre la salud constituía una obligación básica derivada del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. El Comité también alentó a los países con altos ingresos a prestar asistencia internacional “que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas”, incluida la elaboración de un plan de salud<sup>39</sup>. Según la Declaración de Alma-Ata: “Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”<sup>40</sup>.
91. La planificación sanitaria es una labor compleja, y muchos de sus elementos son importantes desde la perspectiva del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, en particular los indicados a continuación.
92. El proceso de planificación en su totalidad debe ser tan participativo y transparente como resulte posible.

<sup>34</sup> E/CN.4/2006/48/Add.2.

<sup>35</sup> A/60/348

<sup>36</sup> Everybody's Business... (nota 2, *supra*), pág. 23.

<sup>37</sup> An Introduction to Health Planning... (nota 8 *supra*), pág. 18.

<sup>38</sup> Véase el apartado de la sección C relativo a la realización progresiva y la disponibilidad de recursos.

<sup>39</sup> Observación general N° 14 (véase la nota 25 *supra*), párrs. 43 a 45.

<sup>40</sup> Párr. VIII.

93. Es muy importante dedicar la debida atención a las necesidades sanitarias de las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas. Igualmente, deben adoptarse medidas eficaces para que éstas puedan participar de forma activa y con conocimiento de causa en todo el proceso de planificación. Tanto el proceso como el plan deben tener en cuenta las diferencias culturales.
94. Antes de elaborar el plan, debe llevarse a cabo un análisis de la situación sanitaria basado en datos adecuadamente desglosados. Dicho análisis debería determinar, por ejemplo, las características de la población (como las tasas de natalidad, mortalidad y fertilidad), sus necesidades en materia de salud (como la incidencia y prevalencia de cada enfermedad), y la oferta de servicios relacionados con la salud en los sectores público y privado (por ejemplo, la capacidad de los distintos centros).
95. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud implica para el Estado la obligación de generar actividades de investigación y desarrollo en el campo de la salud para, por ejemplo, hacer frente a las necesidades de las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas. Las actividades de investigación y desarrollo para la salud abarcan la investigación médica clásica referida a los medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas, y las investigaciones operativas y sobre la aplicación referidas a las cuestiones sociales, económicas, culturales, políticas y normativas que determinan el acceso a la atención médica y la eficacia de las intervenciones de salud pública. En la elaboración del plan nacional de salud deben tenerse en cuenta las investigaciones sobre la aplicación, que cumplen una misión importante en la supresión de los obstáculos sociales que se oponen a las intervenciones y tecnologías relacionadas con la salud.
96. Entre los elementos que debe tener el plan figuran unos objetivos claros y un modo de lograrlos, unos plazos, unos indicadores y referencias para medir los resultados, unos mecanismos de coordinación eficaces, procedimientos para la presentación de informes, un presupuesto pormenorizado, mecanismos financieros (nacionales e internacionales), mecanismos de evaluación, y uno o más instrumentos de rendición de cuentas. Para que el plan esté completo, deberá contar con un proceso para establecer prioridades entre necesidades sanitarias contrapuestas.
97. Los elementos fundamentales del proyecto de plan deberán ser sometidos, antes de su finalización, a un estudio de impacto que evalúe si se ajustan a las obligaciones del Estado derivadas del derecho nacional e internacional, en particular las relativas al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por ejemplo, si el proyecto de plan propone que los usuarios paguen por los servicios sanitarios, es imprescindible prever, mediante un estudio de impacto, qué consecuencias tendrá esa medida para el acceso de los pobres a los servicios de salud. Si el estudio confirma que es probable que el pago de servicios obstaculice el acceso, deberá revisarse el plan antes de su aprobación, pues de otro modo podría ser incompatible con las obligaciones que se derivan para el Estado del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>41</sup>.
98. Naturalmente, la planificación no es más que el medio para lograr un sistema de salud eficaz, integrado y accesible para todos. La tarea más importante es la aplicación. La evaluación, el seguimiento y la rendición de cuentas pueden ayudar a que los responsables de la aplicación

<sup>41</sup> El Relator Especial y Gillian MacNaughton elaboraron conjuntamente un informe sobre los estudios de impacto, la pobreza y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del cual se puede consultar un esbozo en el documento A/62/214, párr. 33 y ss. El informe completo puede obtenerse en el sitio web de la Universidad de Essex, Centro de Derechos Humanos, Unidad del Derecho a la Salud ([http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/projects.shtml](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.shtml)).

cumplan su cometido según lo previsto, y a detectar y atajar rápidamente cualquier consecuencia indeseada.

**b) Vigilancia y rendición de cuentas**

99. Como ya se ha dicho, la vigilancia y la rendición de cuentas tienen un papel fundamental en relación con los derechos humanos y los sistemas de salud. La rendición de cuentas permite a las personas y comunidades entender el modo en que los responsables han desempeñado su cometido. Del mismo modo, brinda a los responsables la oportunidad de explicar qué han hecho y por qué. Cuando se cometen errores, la rendición de cuentas implica la responsabilidad de reparar. Sin embargo, el objetivo de la rendición de cuentas no es encontrar culpables y castigarlos. Es un proceso que ayuda a determinar qué cosas funcionan, para que puedan repetirse, y cuáles no, para que puedan revisarse. Es una manera de comprobar que se logran equilibrios razonables de forma justa.
100. En el contexto de los sistemas de salud hay muchos tipos distintos de mecanismos de rendición de cuentas, como los comisionados de la salud, los consejos de salud locales elegidos democráticamente, las audiencias públicas, los comités de pacientes, los estudios de impacto, los procedimientos judiciales, etc. Una institución tan compleja e importante como un sistema de salud requiere un abanico de mecanismos de rendición de cuentas eficaces, transparentes, accesibles e independientes. Los medios de comunicación y las organizaciones de la sociedad civil cumplen una misión fundamental.
101. La rendición de cuentas con respecto a los sistemas de salud suele ser muy deficiente. En ocasiones un único órgano presta servicios de salud, reglamenta y exige responsabilidades. En algunos casos, la rendición de cuentas es poco más que un instrumento para comprobar que los fondos destinados al sistema de salud se han gastado de la forma prevista. Ésta es desde luego una función importante, pero la rendición de cuentas en materia de derechos humanos tiene un significado mucho más amplio. También sirve para que los sistemas de salud mejoren y para lograr la realización progresiva del derecho de todos, incluidas las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas, al disfrute del más alto nivel posible de salud.
102. En algunos Estados, el sector sanitario privado ocupa un lugar muy importante pero está muy poco reglamentado. Un elemento crucial de la rendición de cuentas en materia de derechos humanos es que se trata de un requisito tanto para el sector sanitario público como para el privado. Asimismo, no se aplica únicamente a los órganos nacionales, sino también a los agentes internacionales que se ocupan de cuestiones relacionadas con la salud.
103. Es urgente que toda persona que trabaje en cuestiones relacionadas con la salud -en los ámbitos público, privado, nacional o internacional- esté sometida a mecanismos de rendición de cuentas. El diseño de mecanismos apropiados e independientes para estos fines exige creatividad e imaginación. Los abogados, que suelen estar relacionados con la rendición de cuentas, deben estar dispuestos a comprender las características y desafíos que distinguen a los sistemas de salud, y a aprender de la abundante experiencia de la medicina y la salud pública.
104. La rendición de cuentas plantea dos cuestiones relacionadas.
105. La primera es que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debería estar reconocido en la legislación nacional. Esto es muy importante, pues con ello nace para los responsables de los sistemas de salud la obligación jurídica de rendir cuentas. Como es bien sabido, este derecho está reconocido en la Constitución de la OMS y en la Declaración de Alma-Ata. También lo está en numerosos tratados internacionales de derechos humanos con carácter vinculante, como la Convención sobre los Derechos del Niño, que ha sido ratificada por todos

los Estados del mundo menos dos (los Estados Unidos de América y Somalia). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud también está protegido en muchas constituciones nacionales. Debería estar reconocido en el derecho interno de todos los Estados.

106. La segunda cuestión es que, a pesar de su importancia, el reconocimiento jurídico del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud se efectúa con frecuencia mediante una formulación muy general en la que no se establecen con detalle las obligaciones de los responsables sanitarios. Por este motivo, los Estados no deben limitarse a reconocer el derecho a la salud en la legislación nacional; también deben velar por que haya disposiciones más detalladas donde se aclare qué espera la sociedad de los servicios e instalaciones relacionados con la salud. Por ejemplo, deberán preverse disposiciones relativas a la calidad y cantidad de agua, a la seguridad de los productos sanguíneos, a los medicamentos esenciales, a la calidad de la atención médica y a muchas otras cuestiones implícitas en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Estas aclaraciones pueden efectuarse por medio de leyes, reglamentos, protocolos, directrices, códigos deontológicos, etc. La OMS ha publicado importantes normas relativas a toda una gama de cuestiones sanitarias. Obviamente, este tipo de aclaración es importante para los proveedores, pues así sabrán qué se espera de ellos. También es importante para los destinatarios del servicio o instalación, que sabrán qué pueden esperar legítimamente. Cuando las normas están razonablemente claras, es más fácil (y justo) pedir a los responsables que rindan cuentas sobre sus resultados.

### 3. Conclusión

107. En resumen, del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud nace la obligación jurídica de velar por la existencia de un plan actualizado para el desarrollo de los recursos humanos en la esfera sanitaria; programas para contratar personal procedente de poblaciones desfavorecidas; un número suficiente de agentes de salud formados en el país (con sujeción a la realización progresiva y la disponibilidad de recursos); sueldos competitivos a escala nacional para los agentes de salud; incentivos para trabajar en ámbitos que reciben una atención insuficiente; etc. En cuanto a la planificación sanitaria, existe la obligación jurídica de velar por que el proceso sea participativo y transparente; satisfaga las necesidades de las personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas; e incluya un análisis de situación. Antes de su finalización, los elementos fundamentales del proyecto de plan deberán ser sometidos a un estudio de impacto, y el plan definitivo debe tener determinadas características básicas.
108. Estos (y otros) elementos no son meramente una cuestión de buenas prácticas sanitarias, buena administración, justicia, igualdad o espíritu humanitario. Son obligaciones dimanantes del derecho internacional. La verificación de la adecuada observancia de esas obligaciones debería ser competencia de un mecanismo de rendición de cuentas apropiado.

## **F. EL DERECHO A LA SALUD CONTRIBUYE A ESTABLECER UN SISTEMA DE SALUD DEL MISMO MODO QUE EL DERECHO A UN JUICIO CON LAS DEBIDAS GARANTÍAS CONTRIBUYE A ESTABLECER UN SISTEMA JUDICIAL**

109. ¿Por qué es útil reconocer que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sostiene y refuerza los elementos y medidas necesarios para establecer un sistema de salud eficaz, integrado y accesible? Un modo de responder a esta pregunta consiste en utilizar la analogía del sistema judicial y el derecho a un juicio con las debidas garantías.
110. Del mismo modo que todo Estado debe contar con un sistema de salud, también debe tener un sistema judicial eficaz. Entre los elementos primordiales de un sistema judicial eficaz figuran la independencia e imparcialidad de la judicatura. Las causas deben juzgarse sin demoras indebidas. Todas las partes deben tener la oportunidad de exponer su versión de los hechos, presentar testigos y hacer un alegato. En los casos graves, debe proporcionarse asistencia letrada al demandado que carece de medios económicos. En algunos casos deben contratarse los servicios de un intérprete. El juez debe justificar sus decisiones. Tiene que haber un procedimiento de apelación al que recurrir en caso de error judicial. Por lo general, las vistas deberían celebrarse en público.
111. El derecho humano a un juicio con las debidas garantías requiere un sistema judicial con todos esos elementos. Es significativo que muchos de ellos tengan importantes consecuencias presupuestarias.
112. Los Estados han diseñado una serie de mecanismos y medidas para garantizar la existencia de todos estos elementos del sistema judicial tanto en el derecho como en los hechos. Por ejemplo, la independencia de la judicatura debe estar protegida por medio de un proceso de nombramiento y destitución de jueces cuidadosamente estructurado, y del establecimiento de unas condiciones de empleo razonables para los jueces.
113. Naturalmente, un Estado podría establecer un sistema judicial eficaz sin hacer ninguna referencia expresa al derecho a un juicio con las debidas garantías. De hecho, los encargados de la formulación de políticas en los ministerios de justicia podrían crear un sistema judicial eficaz sin ni siquiera pensar en los derechos humanos. Y si lo logran, mejor. Lo importante es que haya un sistema judicial eficaz, que disponga de los principales elementos de los derechos humanos e imparta justicia de manera imparcial.
114. Pero los hechos muestran que muchos sistemas judiciales no cuentan con todos los elementos principales de los derechos humanos ni imparten justicia. En la práctica, algunas garantías procesales se pasan por alto o están amenazadas. En este contexto, los derechos humanos desempeñan una serie de misiones importantes, en particular las dos indicadas a continuación.
115. En primer lugar, el derecho a un juicio con las debidas garantías sirve de orientación para los responsables de la formulación de políticas de los ministerios de justicia. La normativa de derechos humanos les recuerda cuáles son las garantías fundamentales que debe respetar siempre un sistema judicial. Asimismo, si los funcionarios del ministerio de justicia llegarán a sufrir presiones políticas para introducir prácticas contrarias a las garantías procesales, esos

funcionarios podrían explicar que el Estado ha contraído unas obligaciones mínimas y jurídicamente vinculantes en materia de derechos humanos que no puede eludir. De este modo, los derechos humanos son un disuasivo contra la regresión. En ocasiones, los derechos humanos pueden impedir que un gobierno introduzca reformas judiciales desacertadas.

116. Los derechos humanos tienen una segunda función. En previsión de los errores que puedan cometer los encargados de la formulación de políticas y otros, los derechos humanos exigen un mecanismo eficaz para examinar las decisiones importantes. Como ya se ha dicho, requieren que los responsables rindan cuentas -en el plano tanto nacional como internacional- de modo que los eventuales errores puedan detectarse y corregirse. En un sinnúmero de ocasiones, se han esgrimido los derechos humanos para denunciar a encargados de la formulación de políticas y a otros por las injusticias de un sistema judicial. Lo que es más importante, los derechos humanos han servido para poner al descubierto la parcialidad de algunos sistemas de justicia y han dado lugar a reformas oportunas.
117. Naturalmente, a veces la normativa de derechos humanos falla y hay sistemas judiciales parciales que no se corrigen ni reforman. En ocasiones, los encargados de la formulación de políticas rechazan la orientación que ofrecen los derechos humanos, y los mecanismos de rendición de cuentas son demasiado deficientes para dar lugar a una reparación. Los derechos humanos no son más que herramientas -y defectuosas, por si fuera poco- que no siempre funcionan. Pero a veces sí lo hacen. Los derechos humanos han funcionado en muchas ocasiones y han contribuido al establecimiento de sistemas judiciales más imparciales y justos de lo que habrían sido de no haber funcionado.
118. Por analogía, estos argumentos también se aplican a los sistemas de salud.
119. Desde la perspectiva del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y de las buenas prácticas sanitarias, un sistema de salud eficaz debe contar con una serie de elementos y medidas, algunos de los cuales se indican en el presente informe. Por ejemplo, debe contar con un plan sanitario actualizado; programas de proximidad para los grupos desfavorecidos; datos adecuadamente desglosados y a disposición del público; una "cesta" o conjunto mínimo de servicios e instalaciones; una lista nacional actualizada de medicamentos esenciales; una verdadera reglamentación y un sistema eficaz de rendición de cuentas para los sectores sanitarios público y privado; etc.
120. Naturalmente, es posible establecer un sistema de salud con todos estos elementos sin hacer ninguna mención expresa de los derechos humanos, e incluso sin tenerlos en cuenta. Pero la experiencia dice que, de hecho, gran número de sistemas de salud carecen de estos (y otros) elementos que exige el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y que sugieren las buenas prácticas sanitarias.
121. En este contexto, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede representar para el sistema de salud algo parecido a lo que el derecho a un juicio imparcial representa para el sistema judicial. El derecho a la salud puede servir de orientación a los responsables de la formulación de políticas sanitarias, recordándoles qué elementos del sistema de salud deben respetarse siempre. Si se produjeran presiones nacionales o internacionales para introducir reformas que obstaculizasen el acceso de los niños o los pobres a los servicios sanitarios, los funcionarios podrían explicar que el Estado ha contraído unas obligaciones mínimas y jurídicamente vinculantes en materia de derechos humanos que no puede eludir.
122. Asimismo, dado que en ocasiones los responsables de la formulación de políticas sanitarias y otros cometan errores, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud exige un mecanismo eficaz para examinar las decisiones importantes en el ámbito sanitario. En vir-

tud del derecho a la salud, debe pedirse a los responsables que rindan cuentas, de modo que los errores de criterio puedan detectarse y corregirse. La rendición de cuentas puede servir para revelar problemas y determinar qué reformas mejorarán el sistema de salud en beneficio de todos.

123. En la historia reciente abundan los casos de reformas mal orientadas que han llevado a muchos sistemas de salud “al borde del hundimiento”<sup>42</sup>. El derecho a la salud no es una panacea, pero puede ayudar a impedir la introducción de reformas mal diseñadas. Del mismo modo que el derecho a un juicio con las debidas garantías ha servido para fortalecer los sistemas de justicia, el derecho a la salud también puede utilizarse para reforzar los sistemas de salud.

### III. CONCLUSIONES

124. La relación entre los sistemas de salud y los derechos humanos es un asunto muy amplio y complejo. En un informe de esta extensión es imposible abordar todas las cuestiones importantes, como el papel del Estado con respecto al sector sanitario privado. En otras ocasiones, el Relator Especial ha examinado (y sigue haciéndolo) una de las facetas de esta cuestión: las empresas farmacéuticas y el acceso a los medicamentos<sup>43</sup>.
125. En el presente informe se señala que es urgente llevar a cabo investigaciones, en particular estudios pormenorizados que apliquen de forma coherente y sistemática el enfoque general esbozado en la sección C a los seis elementos integrantes del sistema de salud identificados por la OMS que se enumeran en la sección D.
126. En su resolución 60/251, la Asamblea General encomendó al Consejo de Derechos Humanos la misión de “promover la coordinación eficaz y la incorporación de los derechos humanos en la actividad general del sistema de las Naciones Unidas”. Los responsables de fortalecer los sistemas de salud deberían ser conscientes de la importancia de los derechos humanos. Además, deberían empezar a integrar en su trabajo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. La misma recomendación se aplica a quienes centran su labor en un componente del sistema de salud, como es el personal sanitario.
127. Hoy en día hay numerosos movimientos, perspectivas y enfoques sanitarios, como son los de la equidad sanitaria, la atención primaria, la promoción de la salud, los determinantes sociales, la seguridad sanitaria, la continuidad asistencial, o los de género, los de desarrollo, los biomédicos, los macroeconómicos, etc. Todos ellos son muy importantes. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está presente en todos ellos. Es la única perspectiva que se sustenta en valores morales reconocidos universalmente y que está reforzada con obligaciones jurídicas. Si se entiende como es debido, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede contribuir de manera importante a la creación de sociedades sanas y de sistemas de salud equitativos.

{ 404 }  
42 *Everybody's Business... (nota 2 supra)*, pág. 1.  
43 A/61/338.



## Asamblea General

Distr.  
GENERAL

13 de agosto de 2012

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

Sexagésimo séptimo período de sesiones

Tema 70 b) del programa provisional\*

Promoción y protección de los derechos humanos:  
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros  
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos  
humanos y las libertades fundamentales

# **EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

## **NOTA DEL SECRETARIO GENERAL**

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe provisional preparado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

# **INFORME PROVISIONAL DEL RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

## **Resumen**

En el presente informe se examina la financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud. El pleno disfrute de este derecho está supeditado a la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible, tanto a nivel nacional como internacional. Por ello, en el presente informe se analiza la obligación de los Estados de asegurar una financiación nacional para la salud suficiente, equitativa y sostenible. En el informe se abordan tres aspectos fundamentales de la financiación de la salud: el modo en que los Estados aseguran la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y las fuentes de donde obtienen esos fondos; el modo en que se mancomunan esos fondos; y el modo en que se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. El Relator Especial también estudia varias cuestiones sustantivas al respecto, incluidas la tributación y la financiación internacional para la salud; los mecanismos de mancomunicación, incluido el seguro social de salud; las preocupaciones en cuanto a la distribución, como el reparto de fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la brecha existente en relación con los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas. El Relator Especial concluye su informe con una serie de recomendaciones para asegurar la disponibilidad de suficientes recursos para la salud, mancomunar fondos y distribuir los fondos para la salud de manera equitativa.

## Índice

### I. Introducción

### II. Marcoconceptual

- A. Asegurar fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud
- B. Mancomunicación y distribución de los fondos y recursos para la salud
- C. Asistencia internacional

### III. Cuestiones sustantivas de la financiación de la salud

- A. Asegurar suficientes fondos para la salud
- B. Mancomunicación de los fondos nacionales para la salud
- C. Distribución de los fondos y recursos para la salud

### IV. Conclusiones y recomendaciones

## I. INTRODUCCIÓN

1. El pleno disfrute del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental está supeditado a la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible a nivel nacional e internacional. Por ello, en el presente informe se examina la financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud. Se analiza la obligación de los Estados de asegurar una financiación nacional para la salud suficiente, equitativa y sostenible y se presenta un marco conceptual para un enfoque de esta financiación basado en el derecho a la salud. En particular, se examina la obligación de los Estados de: asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud en los presupuestos nacionales; asegurar la distribución equitativa de fondos y recursos para la salud; y cooperar a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud. En el informe también se estudian varias cuestiones sustantivas al respecto, incluidas la tributación y la financiación internacional para la salud; los mecanismos de mancomunicación de fondos, incluido el seguro social de salud; las preocupaciones en cuanto a la distribución, como el reparto de fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la brecha existente en relación con los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas.
2. El panorama contemporáneo de la financiación de la salud se caracteriza por déficits constantes y desafíos que se repiten a la hora de financiar los sistemas de salud en todo el mundo. El gasto público en materia de salud es demasiado reducido en muchos Estados porque se da poca prioridad a la salud en los presupuestos y, en algunos casos, debido a la falta de disponibilidad de fondos públicos suficientes en valores absolutos. Las deficiencias de gobernanza también son una causa fundamental de la incapacidad de muchos Estados de destinar suficiente financiación a la salud. La corrupción generalizada, las lagunas fiscales y una administración tributaria laxa, caracterizada por altas tasas de evasión de impuestos, suelen reducir la capacidad de los Estados de generar ingresos y destinar suficientes fondos públicos a la salud. Muchos Estados dependen en gran medida de los pagos en efectivo de los usuarios y la financiación internacional para financiar sus sistemas de salud. No obstante, la financiación internacional para la salud es impredecible e insostenible, como ha demostrado la reciente crisis financiera, y los pagos en efectivo a cambio de bienes y servicios de salud repercuten de manera desproporcionada en los pobres, que deben destinar a este sector una proporción bastante mayor de sus ingresos que los pacientes acaudalados. En consecuencia, los hogares pobres suelen experimentar catástrofes financieras y empobrecimiento a causa de los pagos en efectivo, que los disuaden de entrada de acudir a los servicios de salud.
3. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud reconoce que debe alcanzarse cierto equilibrio entre la financiación pública y privada para la salud, así como entre la administración pública y privada de los centros, bienes y servicios de salud. Sin embargo, la tendencia mundial hacia la privatización de los sistemas de salud pone en peligro de manera significativa la disponibilidad y la accesibilidad equitativas de los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los pobres y otros grupos vulnerables y marginados. En muchos casos, la privatización ha llevado a un aumento de los pagos en efectivo a cambio de bienes y servicios de salud, una financiación desproporcionada de los servicios de atención secundaria y terciaria en detrimento de la atención primaria, y un aumento de la disparidad en cuanto a la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas.

4. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud es especialmente importante en vista de estos desafíos y tendencias mundiales en cuanto a la financiación de la salud. Proporciona un marco para asegurar que se dé prioridad a la salud en los presupuestos estatales, reforzado por la participación activa y bien fundada de las personas y las comunidades afectadas en la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos de salud. Este enfoque exige la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud y reconoce el papel fundamental de la asistencia internacional a la hora de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes y recursos técnicos para la salud a nivel mundial, en particular para los Estados de bajos ingresos. Este enfoque subraya la importancia de dar prioridad a la financiación de la atención primaria para alcanzar un equilibrio entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Finalmente, el enfoque basado en el derecho a la salud reconoce la brecha existente en cuanto a los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas, y exige que los Estados destinen equitativamente los fondos y recursos para la salud a las zonas rurales y remotas para asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad en estas zonas con arreglo al principio de no discriminación.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

5. La financiación de la salud es un componente fundamental del derecho a la salud, necesario para el pleno disfrute de este derecho según lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, desarrollado en la Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Numerosos instrumentos internacionales y regionales, como la Declaración de Alma-Ata, aprobada en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Conexas, aprobada por la Unión Africana en 2001, también han reconocido la importancia de la financiación de la salud para la estabilidad y la efectividad de los sistemas de salud y para alcanzar los objetivos de desarrollo internacionales. Por ello, los Estados tienen la obligación de asegurar una financiación de la salud suficiente, equitativa y sostenible. Las preocupaciones principales en cuanto a la financiación de la salud son: cómo aseguran los Estados la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y de qué fuentes obtienen esos fondos; cómo se mancomunan los fondos; y cómo se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. El enfoque basado en el derecho a la salud proporciona un marco conceptual por medio del cual puede tratarse cada una de estas preocupaciones principales.

### **A. Asegurar fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud**

6. Para el disfrute del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud en sus presupuestos. Esta obligación es un requisito previo necesario para el disfrute de casi todos los aspectos del derecho a la salud, dispuesto en el contexto de la obligación de los Estados de asignar el máximo de recursos disponibles para dar plena efectividad al derecho a la salud (Observación general núm. 14, pár. 33). Como se enumera en la Observación general núm. 14, el derecho a la salud engloba varios componentes, como la disponibilidad de centros de salud de calidad y el acceso a los medicamentos básicos, que requieren ingentes desembolsos del Estado. Se necesitan fondos públicos suficientes para dar plena efectividad a esos derechos.

La inversión insuficiente o la mala distribución de los recursos públicos pueden comprometer el disfrute del derecho a la salud de personas o grupos, especialmente los más vulnerables o marginados, y constituyen una violación de la obligación de los Estados de asegurar el ejercicio del derecho a la salud (Observación general núm. 14, párr. 52).

7. Por lo tanto, para utilizar el máximo de recursos disponibles, los Estados deben hacer todo lo necesario para recaudar suficientes ingresos y movilizar los recursos para la salud y para que se dé la prioridad necesaria a la financiación de la salud en los presupuestos nacionales y subnacionales. A esos efectos los Estados deben asignar a la salud una parte significativa de los gastos generales de gobierno y dar prioridad a este sector junto con otros compromisos importantes de financiación, como el gasto en educación, seguridad social y defensa. Al respecto, los Estados tienen la obligación de promover la participación activa y bien fundada de las personas y las comunidades afectadas en la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos de salud. Los Estados también deben asegurar la transparencia de la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos para la salud. Para asegurar que se rindan cuentas de la ejecución de los presupuestos de salud nacionales y subnacionales y de la aplicación de las leyes y políticas conexas, los Estados también deben crear e implementar mecanismos que permitan o prevean la auditoría y supervisión independientes de esos instrumentos.
8. La obligación de dar prioridad a la financiación de la salud en los presupuestos estatales está estrechamente relacionada con el principio de realización progresiva, que establece la obligación concreta y constante de los Estados de avanzar lo más rápida y eficazmente posible hacia el pleno disfrute del derecho a la salud por todas las personas, sin discriminación alguna, y teniendo en cuenta los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles (Observación general núm. 14, párrs. 30 y 31, y Observación general núm. 3, párr. 9). Para facilitar la realización progresiva del derecho a la salud de todas las personas, los Estados deben asignar el máximo de fondos y recursos disponibles para asegurar el ejercicio de este derecho, lo que exige recaudar fondos con éxito y garantizar que se destinen a la salud mediante la atribución de prioridad en los presupuestos. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud de este derecho (Observación general núm. 14, párr. 47).
9. La obligación de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud debería orientarse de manera inequívoca a partir de las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud (Observación general núm. 14, párrs. 43 a 45). Las obligaciones básicas no son derogables y representan los niveles mínimos que deben alcanzar los Estados para cumplir su deber de asegurar el derecho a la salud. Las obligaciones básicas incluyen componentes positivos y negativos y se refieren a cuestiones relacionadas con la distribución y la igualdad. Los componentes positivos, como la obligación de garantizar el acceso a un alojamiento, una vivienda y servicios sanitarios básicos, así como el suministro adecuado de agua limpia y potable, suelen exigir a los Estados la utilización de ingentes fondos y recursos para su plena realización. Las obligaciones básicas que entrañan componentes negativos y se refieren a cuestiones de distribución, como la obligación de velar por una distribución equitativa de centros, bienes y servicios de salud de calidad y asegurar el acceso a ellos sin discriminación, dan por sentada la existencia de dichos centros, bienes y servicios y, por ello, también exigen a los Estados una inversión financiera significativa. Por lo tanto, los Estados deben asegurar la disponibilidad de fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud para poder cumplir al menos estas obligaciones básicas del derecho a la salud. En este sentido, estas obligaciones establecen una base de referencia para la financiación

por debajo de la cual se consideraría que los Estados estarían violando las obligaciones que dimanan del derecho a la salud.

## B. Mancomunicación y distribución de los fondos y recursos para la salud

10. La obligación de asegurar la distribución equitativa de centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria es una de las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud. El derecho a acceder a centros, bienes y servicios de salud de calidad sobre una base no discriminatoria, en particular de los grupos vulnerables o marginados, incluidos, entre otros, los grupos de minorías étnicas, raciales, religiosas y sexuales, las mujeres, los niños y los pobres, constituye una obligación básica adicional para los Estados. Para cumplir las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud, los Estados deben garantizar la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud, con el fin de alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad, de conformidad con el principio de no discriminación y prestando especial atención a las necesidades de las poblaciones vulnerables y marginadas. La distribución no equitativa de los fondos y recursos para la salud puede conducir a la discriminación indirecta dentro de los sistemas de salud, en particular de los grupos vulnerables y marginados, que no suelen contar con medios sociales y políticos para hacer frente a la distribución no equitativa de los recursos públicos (Observación general núm. 14, pár. 19).
11. La distribución equitativa de fondos y recursos para la salud puede lograrse mancomunando los fondos para la salud recaudados mediante planes de pago anticipado. La mancomunicación permite la financiación cruzada de los riesgos financieros relacionados con los servicios de salud entre distintos grupos en las poblaciones grandes y la transferencia de fondos para la salud de los ricos a los pobres y de los sanos a los enfermos. De este modo, la financiación cruzada de riesgos financieros protege a los grupos vulnerables o marginados, como los pobres, de los gastos catastróficos en materia de salud y permite el acceso a centros, bienes y servicios de salud de calidad que, de lo contrario, resultarían inaccesibles desde el punto de vista financiero. Por ello, la mancomunicación de fondos para facilitar la financiación cruzada de los riesgos financieros y en materia de salud es un método fundamental para que los Estados puedan asegurar la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud que se requiere para el disfrute del derecho a la salud.
12. La Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que las inversiones en materia de salud no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población. Los servicios de atención primaria suelen ser menos gravosos que los de atención secundaria y terciaria, que, por definición, requieren profesionales de la salud con formación especializada, sofisticados equipos de diagnóstico y una infraestructura física importante. Por lo tanto, la inversión en atención primaria es más rentable a largo plazo, porque previene las enfermedades y promueve la salud general, lo que reduce la necesidad de atención secundaria y terciaria, más gravosas<sup>1</sup>. Las economías resultantes pueden reinvertirse en el sistema de salud, quizás en forma de subsidios adicionales de los servicios de salud para los pobres. Por lo tanto, el derecho a la salud exige la distribución eficiente de los fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo hincapié en la atención primaria.

<sup>1</sup> Rifat Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (Copenhague, OMS, 2004), págs. 6 a 8.

13. Los Estados deben distribuir los fondos y recursos de salud de manera que aseguren la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad para las poblaciones rurales y remotas, así como el fácil acceso a ellos por dichas poblaciones. La considerable disparidad existente en materia de salud entre las poblaciones rurales y remotas y las poblaciones urbanas de muchos Estados está bien documentada<sup>2</sup>. Esto se debe a varios factores, incluidas las inversiones insuficientes en infraestructuras de salud y la falta de profesionales cualificados en las zonas rurales y remotas. Este problema se ve agravado por el hecho de que las poblaciones rurales y remotas suelen componerse de grupos vulnerables y marginados, como los pobres, las minorías étnicas y raciales y los pueblos indígenas, que tienden a ser más pobres que sus homólogos de las zonas urbanas<sup>3</sup>. Por ello, de conformidad con el enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deben asegurar que los fondos y recursos para la salud se distribuyan de manera equitativa entre las zonas rurales, remotas y urbanas.

### C. Asistencia internacional

14. El enfoque basado en el derecho a la salud reconoce el papel esencial que desempeña la asistencia internacional para asegurar la disponibilidad de suficientes fondos y recursos para la salud a nivel mundial, en particular en los países en desarrollo. En virtud del Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, los artículos 2 1), 12, 22 y 23 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración de Alma-Ata, los Estados deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir con los compromisos asumidos de tomar medidas conjunta o separadamente para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud a nivel mundial. En este sentido, la Declaración de Alma-Ata proclama que las grandes desigualdades en el ámbito de la salud entre distintos grupos, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada país, son inaceptables desde los puntos de vista político, social y económico y deben constituir una preocupación común a todos los Estados. El enfoque basado en el derecho a la salud exige que los Estados cooperen internacionalmente para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud. Esto incluye la responsabilidad de mancomunar fondos a escala internacional a partir de contribuciones obligatorias de los Estados, según su capacidad de pagar, y asignar fondos a los Estados, según su necesidad, para alcanzar la financiación cruzada de recursos para la salud a nivel mundial.

## III. CUESTIONES SUSTANTIVAS DE LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD

### A. ASEGURAR SUFICIENTES FONDOS PARA LA SALUD

#### 1. Tributación

15. La tributación es un método frecuente del que se sirven los Estados para recaudar fondos públicos para la salud mediante pagos anticipados, en contraposición a los pagos en efectivo que se efectúan en el momento de recibir el servicio. Algunos Estados han logrado el acceso

2 Juan Antonio Casas et al., "Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants", *Equity and Health, Occasional Paper* núm. 8 (Organización Panamericana de la Salud, 2008), págs. 37, 42.

3 Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics 2008. Inequities in health care and health outcome*, págs. 92 a 95.

universal (o casi universal) a los centros, bienes y servicios de salud mediante la utilización de los ingresos tributarios para financiar este sector<sup>4</sup>. La tributación permite a los Estados acceder a distintas fuentes para fondos destinados a los servicios de salud, como los impuestos sobre la renta, la propiedad, los salarios, la manufactura, las ventas, el comercio, las ganancias de capital y las transacciones financieras. La tributación permite a los Estados mancomunar los fondos y extender a toda la población los riesgos financieros relacionados con los servicios de salud. Por ello, la tributación es un instrumento que puede permitir a los Estados asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud mediante la financiación progresiva, en virtud de las obligaciones dimanantes del derecho a la salud.

16. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud exige que la tributación a esos efectos se recaude progresivamente a fin de asegurar la generación equitativa de ingresos. La tributación progresiva supone la participación del contribuyente según su capacidad de pagar. Por ejemplo, la tributación progresiva del impuesto sobre la renta requiere que los contribuyentes acaudalados participen con un porcentaje mayor de su renta que los contribuyentes pobres. Por el contrario, la tributación regresiva supone mayores contribuciones proporcionales de quienes cuentan con menos recursos financieros que de los contribuyentes acaudalados. Por lo tanto, la tributación regresiva no es un mecanismo equitativo de financiación de la salud ni funciona de conformidad con el derecho a la salud.
17. Muchos Estados recurren a los impuestos especiales y generales sobre el consumo, como el impuesto sobre el valor añadido (IVA), para recaudar ingresos generales y conseguir fondos para el sector de la salud. El IVA se ha adoptado en casi 140 Estados y en la actualidad representa una parte considerable de los ingresos de muchos Estados, en particular en los países en desarrollo<sup>5</sup>. Algunos Estados han tenido éxito al reservar partes concretas de los ingresos recaudados a través del IVA para destinarlas al gasto en materia de salud<sup>6</sup>. Los impuestos sobre el consumo que se aplican a los bienes perjudiciales desde el punto de vista social, como el alcohol, la comida chatarra o el tabaco, también se emplean para recaudar fondos para la salud y pueden destinarse específicamente al gasto en este sector. Este tipo de impuestos puede cumplir la función secundaria de reducir el consumo de sustancias poco saludables al aumentar sus precios, lo que puede promover la salud pública en general en algunas circunstancias<sup>7</sup>.
18. En el contexto del derecho a la salud, los impuestos sobre el consumo no deben constituir una carga desproporcionada para los pobres. No obstante, el IVA puede funcionar de manera regresiva, lo que hace que los pobres contribuyan con una parte mayor de sus ingresos que los ricos<sup>8</sup>. Se ha demostrado que alzar el umbral de utilidades por debajo del cual las empresas no están sujetas a pagar el IVA y distinguir entre los bienes suntuarios y los de primera necesidad contribuye a aumentar la progresividad del IVA<sup>9</sup>. Los impuestos sobre el consumo de

4 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 6.

5 Michael Keen, "What Do (and Don't) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron's The VAT in Developing and Transitional Countries", *Journal of Economic Literature*, vol. 47, núm. 1, 2009, pág. 159.

6 Ghana y Chile han reservado el 2,5% y el 1% respectivamente de los ingresos provenientes de la recaudación del impuesto sobre el valor añadido para financiar la salud: Organización Mundial de la Salud, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 27.

7 Véase Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental, *Tobacco Taxation and Innovative Health-care Financing* (Nueva Delhi, 2012).

8 Nahida Faridy y Tapan Sarker, "Who really pays Value Added Tax (VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh," *International Journal of Modeling and Optimization*, vol. 11 (2011); L. Sekwati y Brothers W. Malema, "Potential Impact of the Increase in VAT on Poor Households in Botswana", *International Journal of Economics and Research*, vol. 2, núm. 1 (2011).

9 Nahida Faridy y Tapan Sarker, pág. 194.

bienes perjudiciales para la salud también pueden ser regresivos<sup>10</sup> y deben aplicarse proporcionalmente, de modo que los productos más baratos consumidos por los pobres sean menos gravados que los productos más caros consumidos por los ricos. También debe prestarse atención a las repercusiones financieras que tienen en las comunidades pobres los impuestos sobre el consumo de bienes perjudiciales para la salud, pues probablemente adquieran productos gravados con más frecuencia. El IVA, los impuestos sobre el consumo de bienes perjudiciales para la salud y otros tipos de impuestos sobre el consumo que son principalmente regresivos no están en consonancia con la obligación de los Estados de respetar el derecho a la salud.

19. La competencia fiscal internacional ha proliferado como consecuencia de la globalización y de una movilidad cada vez mayor del capital y su correspondiente elasticidad en respuesta a la tributación. La competencia fiscal alimenta la reducción de los estándares, en la que los Estados tratan de atraer inversiones extranjeras directas mediante incentivos y otras reducciones fiscales para inversores extranjeros, y unos impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital<sup>11</sup>. La competencia fiscal reduce los ingresos tributarios de los países en desarrollo y debilita su capacidad de recaudar fondos suficientes para financiar el sector de la salud<sup>12</sup>. En algunos países en desarrollo, los ingresos que se pierden a causa de los incentivos fiscales equivalen a casi el doble del presupuesto para la salud<sup>13</sup>. Los países de ingresos altos también han experimentado una reducción de los ingresos tributarios provenientes del gravamen de la renta del capital como consecuencia de la liberalización de los impuestos en los países en desarrollo<sup>14</sup>. Las empresas multinacionales han trasladado sus activos al extranjero para aprovechar las ventajas de los paraísos fiscales y se dedican a fijar precios de transferencia para obtener ganancias en las jurisdicciones con bajos impuestos y evitar pagar impuestos más altos en los Estados en los que están domiciliadas<sup>15</sup>.
20. Los Estados deben asegurar que las políticas de liberalización de impuestos resultantes de la competencia fiscal internacional no tengan como consecuencia la reducción de los fondos públicos destinados a la salud. No obstante, unos ingresos tributarios más bajos y la disminución de las bases imponibles resultantes de las reducciones fiscales para los inversores extranjeros, aunados a impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital, pueden debilitar la capacidad de los Estados de recaudar fondos suficientes para la salud, en el contexto del derecho a la salud. Por lo tanto, los Estados y las instituciones financieras internacionales deben evitar promover la competencia fiscal a través de acuerdos de libre comercio, tratados sobre inversiones y préstamos sujetos a condiciones si estos instrumentos y políticas amenazan con reducir la disponibilidad de fondos para financiar la salud provenientes de los impuestos en los países en desarrollo.
21. La competencia fiscal internacional ha hecho que, en muchos Estados, los impuestos se apliquen sobre el consumo y la renta o los salarios, en lugar de hacerlo sobre las ganancias de las empresas y la renta del capital<sup>16</sup>. Sin embargo, los impuestos sobre la renta y los salarios son

10 Christopher Snowden, "The Wages of Sin Taxes", Adam Smith Institute (Londres, 2012), págs. 51 a 54.

11 Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres, *Having Their Cake and Eating It Too: The Big Corporate Tax Break* (Bruselas, 2006), págs. 16 y 17.

12 Marta Ruiz, Rachel Sharpe y María José Romero, *Approaches and Impacts. IFI tax policy in developing countries*, puede consultarse en: <http://europad.org/?p=4564>.

13 Tax Justice Network-Africa y ActionAid International, *Tax competition in East Africa: a race to the bottom?* (abril de 2012), pág. 12.

14 Véase Howard Wachtel, "Tax Distortion in the Global Economy", ponencia presentada en el *Global Crisis Seminar*, Transnational Institute (Ámsterdam, febrero de 2002).

15 *Ibid.*

16 Allison Christians, "Fair Taxation as a Basic Human Right", *International Review of Constitutionalism*, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper N° 1066 (noviembre de 2009), pág. 20.

dificiles de recaudar en los Estados con grandes sectores no estructurados, que incluyen la mayor parte de los países en desarrollo. Estos Estados incurren en gastos administrativos considerables respecto de la recaudación de impuestos en el sector no estructurado, experimentan altos niveles de evasión fiscal y enfrentan dificultades a la hora de potenciar al máximo las bases imponibles del impuesto sobre la renta<sup>17</sup>. No obstante, se calcula que gravar el sector no estructurado podría aumentar los ingresos tributarios entre el 35% y el 55% en algunos Estados<sup>18</sup>. Los enfoques innovadores en la recaudación de impuestos del sector no estructurado, que incluyen la cooperación del Estado con las asociaciones no oficiales de trabajadores, han tenido éxito en algunos casos y permiten albergar esperanzas en lo que respecta a aumentar las bases imponibles en los Estados con grandes sectores no estructurados<sup>18</sup>. A fin de asegurar la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible, según el enfoque del derecho a la salud, los Estados no deben depender primordialmente, como consecuencia de las políticas de liberalización de los impuestos, de los ingresos tributarios provenientes de sectores que son difíciles de regular. Sin embargo, para promover la igualdad en la financiación de la salud a través de la tributación, y dado el volumen de los ingresos que pueden obtenerse, los Estados deberían adoptar medidas para recaudar impuestos de las empresas del sector no estructurado, siempre y cuando les provean de los servicios y demás beneficios estatales a los que tienen derecho como entidades tributarias.

## 2. Financiación internacional

22. En el contexto del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de cooperar a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible. La asistencia internacional es una de las fuentes principales de financiación para la salud en muchos países en desarrollo. Muchos de estos Estados no cuentan con suficientes fondos y recursos para la salud que les permitan cubrir las necesidades nacionales y, por ello, dependen en gran medida de la asistencia internacional. Además, dados el nivel y el índice de desarrollo de algunos países de bajos ingresos, estos serán incapaces de recaudar suficientes fondos a nivel nacional para cubrir sus necesidades de salud en el futuro cercano. Por ello, la plena efectividad del derecho a la salud en los países en desarrollo también depende de la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible, que a la larga debería conseguirse en el marco de un régimen obligatorio basado en los tratados y conforme al principio de solidaridad mundial.
23. Las prácticas de financiación internacional existentes presentan una serie de problemas. Los países donantes, las instituciones donantes multilaterales, las instituciones financieras internacionales y otras entidades de financiación siguen llevando a cabo prácticas que socavan la plena efectividad del derecho a la salud. En muchos casos, las entidades de financiación no consiguen orientar sus actividades hacia las necesidades de salud de los Estados receptores ni dirigir la asistencia directa al desarrollo de los sistemas de salud, incorporan inadecuadamente a sus actividades las aportaciones de las comunidades afectadas y ponen condiciones a la recepción de fondos para la salud.
24. Las entidades de financiación internacionales deben asegurar que sus actividades respeten el derecho a la salud. Por lo tanto, estas deben estar dirigidas a cubrir las necesidades nacionales de salud y promover el desarrollo de iniciativas y sistemas de salud autosuficientes. Con este fin, los donantes deberían incorporar a sus actividades la participación de la sociedad civil y las comunidades afectadas para asegurar que las intervenciones en el ámbito de la salud res-

<sup>17</sup> International Tax Compact, Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries (Eschborn, Alemania, diciembre de 2010).

<sup>18</sup> Ibid.

pondan a sus necesidades, sean sostenibles y contemplen el enfoque del derecho a la salud. Los donantes también deben abstenerse de poner condiciones perniciosas a la recepción de asistencia internacional.

25. Los donantes internacionales tienden a centrarse en intervenciones a corto plazo que satisfacen necesidades de salud específicas, sin prestar suficiente atención al fortalecimiento de los sistemas de salud<sup>19</sup>. En algunos Estados, esto ha dado lugar a una excesiva dependencia de la financiación internacional y al subdesarrollo de los sistemas nacionales de salud, muchos de los cuales ni siquiera pueden cubrir las necesidades básicas de salud si no cuentan con asistencia internacional. Además, es menos probable que los Estados que dependen excesivamente de la financiación internacional para la salud den prioridad a este sector en sus presupuestos, lo cual es de vital importancia para la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas nacionales de salud.
26. Muchos países de bajos ingresos no cuentan con suficientes fondos y recursos para la salud en valores absolutos. Otros pueden tener que hacer frente en ocasiones a una escasez grave de recursos que requiera la intervención de donantes internacionales. No obstante, en muchos casos, incluso los países de bajos ingresos pueden llegar a movilizar más fondos que los que se hayan destinado a la salud mediante la modificación de las prioridades presupuestarias. Además, algunos Estados cuentan con suficientes recursos, pero simplemente no han movilizado ni destinado los fondos necesarios para la salud de manera equitativa. Si bien el enfoque basado en el derecho a la salud exige que los Estados cooperen a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible, los Estados receptores también deben adoptar todas las medidas posibles para asegurar la autosuficiencia de los recursos nacionales y evitar así la dependencia excesiva de la financiación internacional.
27. La asistencia internacional suele estar condicionada a que los Estados receptores adopten políticas compatibles con la ideología y los intereses sociales, políticos o económicos de los donantes. Esta ayuda condicionada puede exigir a los Estados receptores que apliquen las estrategias de salud específicas preferidas por los donantes para obtener fondos. Sin embargo, las estrategias basadas en las preferencias de los donantes quizás no se ajusten a las necesidades de salud de los Estados receptores y, por el contrario, pueden llegar a distorsionar sus prioridades nacionales de salud<sup>20</sup>. Por ejemplo, los fondos de los donantes destinados a los programas centrados únicamente en la abstinencia para los países afectados por el SIDA promueven los beneficios de abstenerse de mantener relaciones sexuales antes del matrimonio, pero no pueden difundir información útil sobre los beneficios que conlleva para la salud el uso de preservativos y anticonceptivos porque dicha información contradice el mensaje de la abstinencia<sup>21</sup>. Existen estudios que han demostrado que los programas centrados únicamente en la abstinencia resultan ineficaces para prevenir la infección con el VIH y que no difundir información sobre los métodos anticonceptivos aumenta el riesgo de embarazo y de sufrir infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes<sup>22</sup>.
28. Otros tipos de financiación bilateral orientados a luchar contra el VIH/SIDA no conceden fon-

19 P. Prakongsai et al., "Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector?", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 86, núm. 11 (Ginebra, noviembre de 2008), pág. 898.

20 Gorik Ooms et al., "Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'", *Globalization and Health*, vol. 6, núm. 17 (octubre de 2010), pág. 3.

21 Elaine Murphy et al., "Was the 'ABC' Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV?", *PLoS Medicine*, vol. 3, núm. 9 (septiembre de 2006), pág. 1445.

22 Heather Boonstra, "Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications", *Guttmacher Policy Review*, verano de 2011, vol. 14, núm. 3, pág. 19.

dos a las organizaciones que no cuenten con políticas que se opongan explícitamente al trabajo sexual<sup>23</sup>. No obstante, los trabajadores sexuales se encuentran entre los grupos de más alto riesgo de contraer el VIH y han desempeñado un papel fundamental en la lucha contra su transmisión. Por lo tanto, deben ser integrados plenamente en todas las medidas de prevención de la transmisión del VIH a fin de asegurar que las intervenciones respondan a sus necesidades, sean sostenibles y contemplen el enfoque del derecho a la salud. Por ello, los Estados donantes no deben actuar según su ideología social, política o económica a la hora de diseñar y poner en marcha intervenciones en el sector de la salud. Al contrario, conforme al enfoque del derecho a la salud, los donantes deben asegurar la aplicación de las estrategias más efectivas disponibles en función de las necesidades del Estado receptor, según lo determinen las partes interesadas del propio país.

29. En muchos casos, como consecuencia de las condiciones macroeconómicas que se imponen a los préstamos de las instituciones financieras internacionales, la asistencia internacional para la salud no deriva en un mayor gasto público en materia de salud, sino que los Estados emplean para acumular reservas<sup>24</sup>. Algunos estudios indican que cada dólar de los Estados Unidos adicional de ayuda para la salud solo suma aproximadamente 0,37 dólares a los presupuestos de este sector en los Estados receptores, y menos de 0,01 dólares en los Estados que asesora el Fondo Monetario Internacional<sup>25</sup>. Por ejemplo, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, un Estado habría tenido que aumentar sus ingresos totales en un 20% y destinar a la salud el 15% de sus ingresos<sup>26</sup>. Sin embargo, las condiciones macroeconómicas impuestas a los préstamos exigían que el Ministerio de Salud congelase los presupuestos de este sector de cara al futuro<sup>26</sup>. Las restricciones de esta naturaleza en el gasto público en materia de salud redundan en perjuicio del derecho a la salud, ya que tienen un impacto desproporcionado en los pobres, que dependen en mayor medida que otros grupos de la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud públicos.

## MANCOMUNACIÓN DE FONDOS INTERNACIONALES PARA LA SALUD

30. La financiación internacional para la salud es incoherente e insegura. Las intervenciones de los donantes suelen ser fragmentadas y esta mal coordinadas. La inseguridad de la financiación internacional quedó de manifiesto con la reciente crisis financiera mundial, que llevó, en parte, a cancelar la 11<sup>a</sup> Convocatoria del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La incoherencia de la financiación internacional para la salud aumenta el riesgo de los Estados que dependen en gran medida de la asistencia internacional de experimentar una grave escasez de financiación en coyunturas económicas desfavorables a nivel mundial. La fragmentación de las intervenciones de los donantes queda ilustrada en el caso de un Estado, que cuenta con 50 donantes, 19 de los cuales proporcionan asistencia directa al gobierno mediante apoyo presupuestario y 31 de los cuales proporcionan ayuda mediante mecanismos o acuerdos individuales aislados<sup>27</sup>. Las intervenciones mal coordinadas de los donantes conducen a gastos superfluos, distribución insuficiente de fondos y recursos para la salud y el fracaso de las medidas para hacer frente a las necesidades nacionales de salud de manera efectiva.

23 Véase la nota de pie de página 21.

24 Véase la nota de pie de página 20.

25 David Stuckler et al., "International Monetary Fund and Aid Displacement", *International Journal of Health Services*, vol. 41, núm. 1 (2011), págs. 67,70.

26 Gorik Ooms et al., pág. 4.

27 Karen McCall, "Europe Told to Deliver More Aid for Health", *The Lancet*, vol. 371, núm. 9630 (2008), pág. 2073.

31. A fin de cooperar para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible en el contexto del derecho a la salud, los Estados deben mancomunar fondos a escala internacional. Si la cooperación internacional diera lugar a la creación de un único fondo mundial o de varios fondos coordinados, se conseguiría más fácilmente la financiación cruzada de los sistemas de salud en los países en desarrollo, lo cual permitiría la coordinación de las actividades de los donantes en los Estados receptores. La cooperación internacional en forma de mancomunación mundial de fondos para la salud es extremadamente necesaria en los tiempos que corren a fin de aligerar la carga mundial producida por las enfermedades y promover el desarrollo de sistemas nacionales de salud sostenibles.
32. El Fondo Mundial y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (FIAM/UNITAID) constituyen dos ejemplos de éxito de la mancomunación mundial de fondos, que han tenido un impacto muy positivo en la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en todo el mundo. Tanto el Fondo Mundial como el FIAM/UNITAID han recaudado y mancomunado ingentes recursos de los Estados donantes a través de mecanismos de financiación innovadores, y han distribuido fondos y recursos según las necesidades<sup>28</sup>. Gracias a los programas financiados por el Fondo Mundial, solo en 2011, 3,3 millones de personas que viven con el VIH recibieron tratamientos antirretrovirales<sup>29</sup>, y se detectaron y trajeron 9,3 millones de casos positivos de tuberculosis entre 2010 y 2012<sup>30</sup>. El FIAM/UNITAID ha proporcionado tratamientos aptos para niños a 400.000 niños que viven con el VIH y ha entregado 46 millones de tratamientos combinados con artemisinina a los principales compradores de medicamentos para la malaria<sup>31</sup>. Además, en contraste con la ayuda y la asistencia bilaterales de las instituciones financieras internacionales, el Fondo Mundial y el FIAM/UNITAID han eliminado las condiciones y aumentado los niveles de transparencia y la participación de las partes interesadas en los procesos y las actividades de programación de la financiación, de conformidad con el enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud<sup>32</sup>.
33. A fin de que el paradigma mundial de la asistencia internacional para la salud deje de ser un régimen de beneficencia basado en los donantes y se convierta en un sistema obligatorio basado en el principio de solidaridad, los mecanismos mundiales de mancomunación deben fundarse en tratados internacionales o regionales que vinculen jurídicamente a los Estados a contribuir a la creación de fondos comunes según su capacidad de pagar y a través de los cuales se distribuyan los fondos según las necesidades. Se necesita una transformación de este tipo para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible en el contexto del derecho a la salud. Para promover la implicación y la rendición de cuentas en este marco, cada Estado aportaría contribuciones independientemente de su nivel de ingresos, y todos los procesos de financiación y programación deberán ser transparentes e incluir la participación activa y bien fundada de la sociedad civil y las comunidades afectadas. Por lo tanto, para lograr la plena efectividad del derecho a la salud a nivel mundial, los Estados deberían adoptar todas las medidas necesarias para desarrollar mecanismos mundiales de mancomunación basados en tratados, que prevean contribuciones progresivas obligatorias que se distribuirían según las necesidades y en el marco de procesos participativos transparentes.

28 Véase Naciones Unidas, *Innovative Financing for Development, The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity* (Nueva York, 2009).

29 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, *Global Fund Results Fact Sheet End-2011* (2011), pág. 1.

30 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Noticia: Los resultados del Fondo Mundial muestran grandes progresos en la lucha contra el VIH, 23 de julio de 2012, pueden consultarse en: [www.theglobalfund.org/es/mediacenter/newsreleases](http://www.theglobalfund.org/es/mediacenter/newsreleases).

31 Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, Informe anual de 2011 (OMS, diciembre de 2011), pueden consultarse en: [www.unitaid.eu/images/Annual\\_Report\\_2011/UNITAID\\_AR2011\\_SP.pdf](http://www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_SP.pdf).

32 Gian Luca Burci, "Public/Private Partnerships in the Public Health Sector", *International Organizations Law Review*, vol. 6 (2009), págs. 359 a 382.

## B. MANCOMUNACIÓN DE LOS FONDOS NACIONALES PARA LA SALUD

34. El enfoque del derecho a la salud exige que los Estados aseguren la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad que sean accesibles para todas las personas sin discriminación alguna. Para respetar y lograr la plena efectividad del derecho a la salud, los Estados deberían eliminar las barreras financieras que restringen el acceso a los servicios de salud. Por consiguiente, este derecho supone que los Estados garanticen que la capacidad de pagar no incida en la decisión de las personas de recurrir a los servicios y bienes de salud necesarios. Los sistemas de salud financiados mediante pagos anticipados, como los que se basan en los impuestos y el seguro obligatorio, reducen las barreras financieras mediante la mancomunación de los fondos recaudados antes de que se usen los servicios. La mancomunación es un método mediante el cual los fondos para la salud se acumulan y gestionan para extender el riesgo financiero derivado de las enfermedades a todos los participantes durante un período de tiempo determinado<sup>33</sup>. La mancomunación promueve la financiación equitativa para la salud, pues facilita la financiación cruzada entre los miembros sanos y los enfermos, los ricos y los pobres y en todos los ciclos biológicos de cada miembro. La mancomunación también aumenta la eficiencia, pues promueve mejoras en materia de salud más equitativas para todas las poblaciones<sup>34</sup> y mitiga los riesgos que implica la incertidumbre relacionada con la situación de la salud y la capacidad financiera en el futuro<sup>35</sup>.
35. La principal barrera financiera para acceder a los servicios de salud en la mayor parte de los Estados son los pagos en efectivo que deben realizar los usuarios a cambio de bienes y servicios de salud en el momento de recibirlas. En 2007, en 33 países, de ingresos bajos en su mayoría, los pagos en efectivo representaban más del 50% del total de los gastos en materia de salud<sup>36</sup>. Los pagos en efectivo también pueden dar lugar a unos gastos desorbitados en materia de salud<sup>37</sup>. Cada año, aproximadamente 100 millones de personas, de países de ingresos bajos en su mayoría, se ven arrastradas a la pobreza a causa de unos gastos excesivos o desorbitados en servicios de salud<sup>38</sup>. Como mínimo, el derecho a la salud exige que los Estados reduzcan los pagos en efectivo del sector de la salud y eliminén los pagos que impacten en los pobres de manera desproporcionada. La mancomunación de pagos anticipados a cambio de bienes y servicios de salud reduce los pagos en efectivo de todos los usuarios y puede eliminar los de los pobres<sup>39</sup>. Por lo tanto, la mancomunación protege a los usuarios frente a los gastos desorbitados del sector de la salud a través de la financiación cruzada de los riesgos financieros relacionados con los gastos en materia de salud.
36. Los sistemas de pagador único con un solo fondo común de riesgos o los sistemas de pagadores múltiples fondos comunes de riesgos reducen las barreras financieras

33 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000, "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud"* (Ginebra, 2000), pág. 99.

34 Peter Smith y Sophie Witter, "Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance", *Health, Nutrition and Population Discussion Paper* (Washington, D.C., Banco Mundial, 2004), pág. 4.

35 Chris James y William Savedoff, "Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity", *Informe sobre la salud en el mundo 2010, Background Paper* núm. 5, puede consultarse en: [www.who.int/healthsystemtopics/financing/health-report](http://www.who.int/healthsystemtopics/financing/health-report).

36 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo, "La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal"* (Ginebra, 2010), pág. 12.

37 Ke Xu et al., "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet*, vol. 362, núm. 9378 (julio de 2003), págs. 111 a 117.

38 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo, "La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal"*, pág. 8.

39 Margaret Kruk et al., "Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries," *Health Affairs*, vol. 28, núm. 4 (2009), págs. 1056, 1063.

para acceder a los centros, bienes y servicios de salud, conforme al enfoque basado en el derecho a la salud. En los sistemas de pagador único, una organización recauda y mancomuna los fondos y adquiere servicios para toda la población. En la mayoría de los casos, a todos los miembros participantes se les proporciona acceso a los mismos bienes y servicios de salud<sup>40</sup>. Debido a su capacidad de generar y obtener fondos, a través de mecanismos como la tributación, y de inscribir de manera obligatoria a un gran número de personas, el gobierno, en la mayoría de los casos, administra el fondo común y adquiere bienes y servicios de salud en un sistema de pagador único. La mancomunación única de los riesgos promueve el acceso equitativo a los centros, bienes y servicios de salud conforme al enfoque basado en el derecho a la salud, pues permite una mayor financiación cruzada que los sistemas con fondos comunes más pequeños y fragmentados. Por lo tanto, los sistemas de pagador único son efectivos para promover el acceso universal a los centros, bienes y servicios de salud, reducir los pagos en efectivo y proteger a los usuarios de los gastos desorbitados en materia de salud.

37. Los servicios de salud privados también pueden funcionar junto a los sistemas de pagador único. Se puede permitir a los hospitales y médicos privados dejar de participar en el sistema financiado con fondos públicos y cobrar honorarios privados a los pacientes. En consecuencia, el sistema público puede experimentar una falta de financiación, si los usuarios están exentos de contribuir una vez que salen del sistema, y falta de personal, si un gran número de profesionales de la salud abandona el sistema público para obtener mejores retribuciones en el sector privado. A su vez, esto puede reducir en general la calidad de los centros, bienes y servicios de salud pública. Los pobres y otros grupos que no pueden abandonar el sistema público por su incapacidad de pagar los servicios privados de salud son los más afectados por estas circunstancias. De este modo, un sistema privado de salud paralelo puede dar lugar a violaciones del derecho a la salud, ya que puede reducir el acceso generalizado a los centros, bienes y servicios de salud del sector público y la calidad de estos.
38. Contrariamente a los sistemas de pagador único, los sistemas de pagadores múltiples suelen incluir varios fondos comunes de seguros gestionados por aseguradores privados que compiten entre sí, pero no excluyen la posibilidad de que existan programas de seguros gestionados por el gobierno. La existencia de varios fondos comunes permite que los paquetes de bienes y servicios de salud de los aseguradores estén más específicamente diseñados para satisfacer las necesidades de los distintos grupos. Los aseguradores de los sistemas de pagadores múltiples recaudan fondos a través de mecanismos de contribución como las primas de seguro. No obstante, las primas pueden ser regresivas y, por lo tanto, no equitativas, si no se basan en la capacidad de pagar de cada persona, sino únicamente en sus riesgos en materia de salud. En este sentido, las primas basadas en la evaluación de los riesgos también dan lugar a una selección adversa, según la cual los aseguradores estudian el estado de salud de los solicitantes para excluir a las personas que tengan grandes riesgos al respecto<sup>41</sup>. Este tipo de selección lleva a la exclusión de los pobres y las personas con enfermedades preexistentes de los planes de seguros, incluidos los pobres, y produce fondos más pequeños y menos diversos, lo que debilita el efecto de la financiación cruzada<sup>42</sup>. Las primas y prácticas regresivas conducentes a la selección adversa violan el derecho a la salud hasta el punto de discriminar a los grupos vulnerables o marginados y reducir el acceso general a centros, bienes y servicios de salud de calidad.

40 Gerald F. Anderson y Peter Hussey, *Special Issues with Single-Payer Health Insurance Systems*, Documento de debate Health, Nutrition and Population (HNP) (Banco Mundial, 2004), pág. 28.

41 Elias Mossialos y Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (Bélgica, OMS, 2004), págs. 107, 108.

42 Robert Carroll y Phillip Swagel, "The Intersection of Tax and Health Care Policy", *National Tax Journal*, vol. LXII, núm. 3 (Washington, D.C., 2009), pág. 568.

39. A fin de reducir los efectos negativos de las primas regresivas y la selección adversa en los sistemas de pagadores múltiples, debería ser obligatorio participar en un fondo común de seguros médicos. La participación obligatoria asegura la cobertura universal y permite la utilización de mecanismos para igualar o ajustar los riesgos con el fin de facilitar la financiación cruzada entre los distintos fondos comunes. Por ejemplo, la legislación podría exigir la transferencia de un porcentaje de los ingresos de los fondos de bajo riesgo a los de alto riesgo en circunstancias especiales<sup>43</sup>. Los Estados también pueden regular directamente el funcionamiento de los aseguradores privados limitando la información de que pueden disponer sobre los posibles participantes en un fondo común, restringiendo la manera de calcular las primas y prohibiendo la exclusión de las personas con problemas de salud preexistentes de los fondos comunes de seguros, entre otras medidas. Los programas de seguros de los gobiernos también deberían proporcionar cobertura a los pobres u otros grupos vulnerables o marginados que resultan excluidos de los fondos privados por su incapacidad de pagar, por presentar problemas de salud preexistentes o por tener un alto riesgo de sufrir problemas de salud. Por ejemplo, las personas que desempeñan trabajos peligrosos pueden ver denegado su acceso al seguro médico porque tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud y los trabajadores con salarios bajos pueden no tener capacidad de pagar las altas primas exigidas por los aseguradores privados. Según el enfoque del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de garantizar que estas personas tengan acceso a los servicios de salud a través de un seguro médico. Esta obligación puede cumplirse mediante la debida regulación de los aseguradores privados de salud, la subvención de las primas de estos aseguradores o la disponibilidad de programas de seguros gestionados por los gobiernos.
40. A un nivel más particular, los seguros médicos gestionados por comunidades mancomunan los fondos recaudados a partir de los miembros de comunidades pequeñas e incluyen una gran variedad de mecanismos de financiación, como los fondos comunitarios para la salud, los seguros mutuos de salud y el seguro médico rural. Los programas de seguro médico gestionados por comunidades pueden funcionar como complemento o suplemento de los sistemas de pagador único o pagadores múltiples. Estos programas suelen existir en las comunidades pobres, vulnerables o marginadas, y pueden aumentar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud de los grupos vulnerables o marginados y facilitar la participación de las comunidades en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud<sup>44</sup>.
41. No obstante, los programas de seguro médico gestionados por comunidades pueden encontrar dificultades para conseguir una financiación cruzada efectiva, en razón del volumen y de la constitución de los fondos comunes. En la mayoría de los casos, los fondos comunes gestionados por comunidades son muy pequeños y sus participantes son personas pobres con un alto riesgo de enfermedad, por lo cual la financiación cruzada puede no resultar efectiva para hacer frente a los riesgos financieros y en materia de salud de todos sus miembros. Las contribuciones a los seguros médicos gestionados por comunidades también han sido regresivas en algunos casos, ya que se aportan en forma de cantidades fijas, y las contribuciones en función de los ingresos y las exenciones para los pobres han sido difíciles de implantar debido al desafío que supone determinar los ingresos de los hogares<sup>45</sup>. Además, los costos relacionados con la recaudación de las contribuciones de las poblaciones de zonas rurales y de zonas urbanas no estructuradas son relativamente altos respecto de los ingresos generados a partir

43 Naoki Ikegami y John Campbell, "Medical Care in Japan", *The New England Journal of Medicine*, vol. 333, núm. 19 (1995), págs. 1295 a 1299.

44 Véase Werner Soors et al., *Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths many rivers to cross*, Informe sobre la salud en el mundo 2010, Documento de antecedentes núm. 48 (Ginebra, 2010).

45 Véase Anne Mills et al., "Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9837 (2012), págs. 126 a 133.

de ellas. Así, mientras que en algunos casos los programas de seguros gestionados por comunidades pueden usarse para aumentar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud de los grupos vulnerables o marginados y facilitar la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud, no pueden sustituir a los mecanismos de mancomunicación más grandes y centralizados.

### Seguro social de salud

42. El seguro social de salud es un mecanismo de mancomunicación de fondos financiado con los pagos anticipados obligatorios recaudados mediante las contribuciones de personas y organizaciones y complementados por la tributación. Los programas del seguro social de salud son en general gestionados por el Estado, que emplea los fondos recaudados mediante contribuciones obligatorias e ingresos tributarios para adquirir bienes y servicios de salud para el asegurado. Contrariamente a los mecanismos de fondo comunes más pequeños y fragmentados, los programas del seguro social de salud establecen fondos suficientemente grandes, mediante contribuciones obligatorias, para facilitar una eficaz financiación cruzada de los riesgos financieros y relacionados con la salud de las poblaciones grandes<sup>46</sup>. De este modo, el seguro social de salud aumenta el uso de los centros, bienes y servicios de salud, promueve la igualdad de acceso y puede permitirse niveles más altos de protección financiera para los pobres<sup>47</sup>. Los programas del seguro social de salud pueden adoptar la forma de sistemas de pagador único, que tienden a alentar el gasto eficiente en materia de salud y costos administrativos más reducidos, o de sistemas de pagadores múltiples, que fomentan la competencia y permiten que otras entidades adquieran servicios de salud. Por lo tanto, los programas del seguro social de salud son un buen ejemplo de mecanismo de mancomunicación de fondos que promueve la plena efectividad del derecho a la salud.
43. Los programas de seguro social de salud deben financiarse mediante contribuciones obligatorias en forma de pagos anticipados para alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad y una sólida financiación cruzada de los riesgos financieros y relacionados con la salud. Los planes de contribuciones voluntarias pueden ayudar a recaudar fondos cuando no existen pagos y mancomunicación generalizados, familiarizar a las personas con los beneficios del seguro y actuar como mecanismo intermedio de financiación que facilite la transición hacia un plan de contribuciones obligatorias más inclusivo, pero no aumentan necesariamente las tasas de cobertura porque no es obligatorio inscribirse en ellos. Contrariamente al sistema de contribuciones voluntarias, los planes de contribuciones obligatorias evitan que los miembros acaudalados y sanos abandonen el programa y reduzcan el tamaño del fondo común a expensas de los miembros más pobres y enfermos. Los planes de contribuciones obligatorias también impiden que las personas se adhieran al programa únicamente cuando tengan alguna necesidad de índole médica<sup>48</sup>. Si bien las contribuciones voluntarias pueden ayudar a recaudar fondos cuando no existen pagos y mancomunicación generalizados, familiarizar a las personas con los beneficios del seguro y actuar como mecanismo intermedio de financiación que facilite la transición hacia un plan de contribuciones obligatorias más inclusivo, no aumentan necesariamente las tasas de cobertura porque no es obligatorio inscribirse. Así, los planes de contribuciones voluntarias no resultan efectivos a la hora de aumentar el acceso de los pobres a los centros, bienes y servicios de salud, ya que

46 Pablo Gottret y George Schieber, "Health financing revisited: a practitioner's guide" (Banco Mundial, Washington, D.C., 2006), págs. 58 y 59.

47 Regional Committee for the Eastern Mediterranean, documento técnico: "The impact of health expenditure on households and options for alternative financing" (OMS, 2004), pág. 9.

48 Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2010, "La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal", págs. 88 y 89.

no generan fondos comunes suficientemente grandes como para promover una financiación cruzada sólida.

44. Según el enfoque basado en el derecho a la salud, el diseño y el alcance de los programas de seguro social de salud deberían basarse en las necesidades de salud, la capacidad financiera y la situación laboral de las poblaciones receptoras. Por ello, los programas del seguro social de salud deben asegurar la disponibilidad de un conjunto mínimo de bienes y servicios de salud, así como el acceso universal a ellos según las necesidades. Los paquetes de beneficios deben adaptarse a la carga derivada de las enfermedades y las necesidades de salud de la población, incluir servicios de atención primaria efectivos y centrados en la comunidad para hacer frente a las necesidades especiales de esta, e incluir medicamentos básicos y genéricos para asegurar el acceso a tratamientos seguros, efectivos y asequibles, conforme al enfoque del derecho a la salud. Los planes de contribuciones deben diseñarse para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. Los mecanismos destinados a controlar los costos de los programas que limitan la inscripción, como los topes en el porcentaje de personas que están totalmente exentas, deben ser coherentes con las realidades de la pobreza y la capacidad de pagar<sup>49</sup>. De este modo, el enfoque basado en el derecho a la salud exige, como mínimo, que las contribuciones se estructuren de manera progresiva, según la capacidad de pagar de las personas, y que los programas puedan prever la exención total para los pobres.
45. Los programas del seguro social de salud suelen financiarse con contribuciones obligatorias basadas en los salarios, y puede ser difícil identificar e incluir a las personas cuyos ingresos no se declaran de manera oficial o no pueden contabilizarse fácilmente, como los trabajadores del sector no estructurado o por cuenta propia y los de las zonas rurales y remotas. Por ejemplo, es difícil identificar a los trabajadores del sector no estructurado que cumplan los requisitos para recibir una exención total o una reducción de sus contribuciones mediante los programas de seguro social de salud basados en los salarios y, de este modo, pueden no estar inscritos en estos programas. Estas personas quizás no puedan acceder a centros, bienes y servicios de calidad porque deben realizar pagos en efectivo poco asequibles. En virtud del enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deberían emplear estrategias innovadoras para incluir el sector no estructurado en los programas del seguro social de salud. Por ejemplo, se ha demostrado que los impuestos recaudados por asociaciones, en los que estas representan a un grupo concreto de trabajadores y los depositan en el sistema tributario, aumentan la participación de los empleados del sector no estructurado en los programas oficiales de beneficios<sup>50</sup>.

## C. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS Y RECURSOS PARA LA SALUD

46. El enfoque basado en el derecho a la salud prevé la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud para alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad, de conformidad con el principio de no discriminación. En todas las decisiones relacionadas con la distribución debe prestarse especial atención a las necesidades de los grupos vulnerables o marginados, incluidos, entre otros, los grupos de minorías étnicas, raciales, religiosas y sexuales, las mujeres, los niños y los pobres. La eliminación de las desigualdades de acceso a los centros, bienes y servicios de salud produce mejores resultados en la salud pú-

49 Véase Patrick Apoya y Anna Marriot, "Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana" (Oxfam Internacional, marzo de 2011).

50 Anuradha Joshi y Joseph Aye, "Associational taxation: a pathway into the informal sector?", *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent*, Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad y Mick Moore, eds. (Cambridge University Press, 2008), pág. 186.

blica y sistemas de salud más efectivos<sup>51</sup>. Por lo tanto, los Estados deben distribuir los fondos y recursos para la salud de manera de asegurar que los centros, bienes y servicios de salud de calidad sean asequibles para los pobres, accesibles desde el punto de vista físico para las poblaciones rurales y remotas, y que satisfagan las necesidades de atención primaria de todos, en lugar de las de atención especializada de unos pocos.

### **Atención primaria, secundaria y terciaria**

47. En virtud del enfoque basado en el derecho a la salud, para proporcionar centros, bienes y servicios de salud a todas las personas sin discriminación alguna, los Estados deberían asegurar la distribución equitativa y eficiente de los fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo especial hincapié en la atención primaria. La atención primaria consiste en servicios de salud básicos y preventivos accesibles para todos en la comunidad a un costo que esta pueda permitirse<sup>52</sup>. En contraste con la atención primaria, los servicios de atención secundaria y terciaria ofrecen normalmente tratamiento para las enfermedades que no pueden gestionarse a nivel comunitario, y suelen ser proporcionados por médicos y profesionales especializados en lugares como los hospitales con unos costos comparativamente más elevados, utilizando equipos especializados y recurriendo a veces a la hospitalización del paciente.
48. Los bienes y servicios de atención primaria de la salud incluyen los exámenes rutinarios y de prevención, la inmunización y la vacunación, los servicios para el tratamiento de enfermedades crónicas, los servicios de planificación familiar, los servicios de nutrición, la asistencia materna y neonatal y los servicios de atención de la salud mental, todos los cuales satisfacen las necesidades básicas de salud a un costo bajo y reducen la necesidad de atención secundaria y terciaria. La atención primaria también incluye los servicios educativos y de concienciación de la salud, como las campañas de promoción del saneamiento y la higiene, que tienen efectos preventivos y promocionales y empoderan a los miembros de la comunidad para mejorar y ocuparse de su salud por sí mismos.
49. Los bienes y servicios de atención primaria no suponen una formación especializada de los profesionales de la salud, ni equipos de diagnóstico sofisticados, ni una infraestructura física importante. La atención primaria es proporcionada por médicos, enfermeros y demás profesionales del sector en el entorno de la comunidad, en clínicas pequeñas o a domicilio, y, por lo tanto, puede ofrecerse de una manera más aceptable desde el punto de vista social y cultural. De este modo, la atención primaria es más adaptable geográficamente y su prestación y acceso resultan menos costosos, lo que aumenta la disponibilidad de bienes y servicios de salud para las comunidades rurales y remotas y los pobres.
50. Además de conseguir resultados más equitativos, la distribución de fondos y recursos para la salud dando prioridad a la atención primaria también promueve la eficiencia de los sistemas de salud<sup>53</sup>. Se ha demostrado que la atención primaria es más rentable a largo plazo, ya que previene las enfermedades y promueve la salud general, lo que reduce la necesidad de tratamientos avanzados, normalmente más gravosos<sup>54</sup>. Las economías resultantes de invertir en atención primaria pueden reinvertirse en el sistema de salud y utilizarse para aumentar el acceso de los pobres a los servicios de salud, en un ciclo que mejoraría aún más los resultados

51 Organización Mundial de la Salud, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network" (Ginebra, 2007), pág. 21.

52 Véase la Declaración de Alma-Ata, aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978.

53 Organización Mundial de la Salud, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care", pág. 32.

54 Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud: más necesaria que nunca (Ginebra, 2008), págs. xvii y 42 a 51.

en este ámbito. Si bien un sistema de salud completo y equilibrado debe incluir la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de atención secundaria y terciaria, los Estados deberían dar prioridad a la atención primaria en la distribución de fondos y recursos para la salud.

### Zonas rurales, remotas y urbanas

51. Para conseguir resultados equitativos y el pleno ejercicio del derecho a la salud, los Estados deben distribuir fondos y recursos con el fin de asegurar la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad para las poblaciones rurales y remotas y su fácil acceso. Las poblaciones de las zonas rurales y remotas suelen encontrarse en peores condiciones de salud que sus homólogas de las zonas urbanas a nivel mundial<sup>55</sup>. Muchas enfermedades que pueden prevenirse y tratarse son frecuentes en las zonas rurales y remotas, las tasas de mortalidad infantil y materna son más elevadas que en las zonas urbanas y los niños sufren niveles más altos de malnutrición<sup>56</sup>. Además, las personas que viven en zonas rurales y remotas suelen tener que recorrer distancias considerables y difíciles y gastar grandes cantidades de dinero para acceder a los servicios de salud, que no suelen estar disponibles en sus comunidades debido a la falta de inversiones en infraestructura física para la salud en las zonas rurales y remotas<sup>57</sup>.
52. Por ejemplo, el derecho a la salud supone que los Estados adopten medidas para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna. No obstante, debido a la distribución insuficiente de fondos y recursos para la salud en las zonas rurales y remotas, no suele haber servicios de salud materna, profesionales de la salud especializados en este ámbito ni centros de calidad disponibles en estas zonas<sup>58</sup>. Por ello, las mujeres no pueden acceder a los servicios de salud materna en sus comunidades, sino que para ello deben recorrer distancias considerables e incurrir en gastos importantes. En consecuencia, la tasa de nacidos vivos en partos asistidos por profesionales cualificados<sup>58</sup> es más reducida para las mujeres que viven en zonas rurales y remotas, que además experimentan tasas de mortalidad y morbilidad maternas más elevadas que las mujeres que viven en zonas urbanas<sup>59</sup>.
53. El derecho a la salud también supone que los Estados aseguren la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de calidad para todas las personas sin discriminación alguna. En muchos Estados, las poblaciones rurales y remotas cuentan con una gran proporción de grupos vulnerables o marginados, como los pobres, las minorías étnicas y raciales y los pueblos indígenas<sup>60</sup>. Estos grupos suelen enfrentarse a ciertas dificultades para acceder a los servicios de salud porque no cuentan con los medios sociales y políticos necesarios para luchar contra la distribución poco equitativa de los recursos públicos<sup>61</sup>. De este modo, la distribución poco equitativa de los fondos y recursos para la salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas puede llevar a la discriminación estructural de los grupos vulnerables y marginados dentro del sistema de salud, que, a diferencia de sus homólogos en las ciudades, no tienen acceso a centros, bienes y servicios de salud de calidad en sus comunidades.

55 Organización Mundial de la Salud, "Inequities in health care and health outcome (2008)", págs. 92 a 95.

56 Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas*, vol. 1 (Washington, D.C., 2007), págs. 58, 60, 62.

57 Mandy Leveratt, "Rural and remote Australia – Equity of access to health care services", *The Australian Health Consumer*, núm. 2 (2006-2007), págs. 16 y 17.

58 Organización Mundial de la Salud, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (septiembre de 2010), pág. 10.

59 Organización Mundial de la Salud, "En torno a la reducción de los riesgos del embarazo", nota descriptiva sobre la mortalidad materna (Ginebra, 2008).

60 Consejo de Derechos Humanos, "Final study of the Human Rights Council Advisory Committee on the advancement of the rights of peasants and other people working in rural areas" (A/HRC/19/75, sect. IV).

61 Organización Mundial de la Salud/Comisión Europea, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds* (Copenhague, 2010), págs. 9 y 10.

54. La situación de los pueblos indígenas en el mundo da muestras de este problema. En muchos Estados, las comunidades indígenas constituyen un grupo vulnerable a causa de la pobreza, la marginación histórica y la falta de empoderamiento político continuos<sup>62</sup>. Estos desafíos se ven agravados por el hecho de que los pueblos indígenas suelen vivir en zonas rurales y remotas que no cuentan con infraestructura pública, incluidos los centros de salud<sup>63</sup>. En consecuencia, los pueblos indígenas de todo el mundo experimentan peores resultados en cuanto a la salud que la población no indígena<sup>64</sup>. Por ejemplo, los pueblos indígenas de tres países diferentes tuvieron unas tasas de mortalidad infantil 3 veces superiores, unas tasas de suicidio 11 veces superiores y un predominio de las malas condiciones de saneamiento 7 veces superior a los de la población no indígena<sup>65</sup>. El enfoque basado en el derecho a la salud supone que los Estados distribuyan equitativamente los fondos y recursos para la salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas para respetar el derecho a la salud de los grupos vulnerables y marginados que viven en estas zonas y lograr su plan.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

55. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud proporciona un marco para asegurar una financiación de la salud suficiente, equitativa y sostenible. Este enfoque considera tres aspectos fundamentales de la financiación de la salud: el modo en que los Estados aseguran la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y las fuentes de donde obtienen esos fondos; el modo en que se mancomunan esos fondos; y el modo en que se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad.
56. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud:
- Implantar un sistema progresivo de tributación general para financiar la salud o mejorar la progresividad de estos sistemas en caso de que ya existan;
  - Asegurar que los impuestos sobre el consumo, como los impuestos especiales y el IVA, no sean regresivos. Esto puede suponer el establecimiento de umbrales adecuados, por debajo de los cuales las pequeñas empresas no estén sujetas a pagar impuestos, y la reducción o la eliminación de los impuestos sobre el consumo de los bienes de primera necesidad;
  - Considerar la posibilidad de destinar ciertos porcentajes de los ingresos provenientes de algunos impuestos, como los impuestos sobre los bienes perjudiciales para la salud y el IVA, al gasto en materia de salud;
  - Asegurar que las políticas de liberalización de los impuestos, resultantes de la competencia fiscal internacional, incluidas las reducciones fiscales para inversores extranjeros y los impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital, no redunden en la reducción de la financiación pública para la salud;

62 Robyn Eversole et al. (eds.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective* (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), págs. 69, 128.

63 Banco Mundial, *Indigenous Peoples: still among the Poorest of the Poor* (2010), pág. 5.

64 Organización Mundial de la Salud, *The Health and Human Rights of Indigenous Peoples*, Equipo de Salud y Derechos Humanos (2011).

65 Organización Mundial de la Salud, *La salud de los pueblos indígenas*, nota descriptiva núm. 326 (2007), disponible en: [www.who.int/media-centre/factsheets/fs326/es/index.html](http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs326/es/index.html).

- e) Encontrar maneras de recaudar impuestos de las empresas del sector no estructurado, siempre y cuando les provean de los servicios y demás beneficios estatales a los que tienen derecho como entidades tributarias.
- 57. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para cooperar a escala internacional con el fin de asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud:
  - a) Coordinar las actividades de todos los donantes en los Estados receptores, incorporando la participación de la sociedad civil y las comunidades afectadas, con el fin de satisfacer las necesidades nacionales de salud y promover el desarrollo de sistemas de salud autosuficientes;
  - b) Crear un mecanismo mundial de mancomunicación de fondos basado en los tratados, que comprenda contribuciones obligatorias progresivas de los Estados, que se distribuyan según las necesidades y mediante una gestión transparente y participativa, a fin de transformar los sistemas basados en los donantes en sistemas obligatorios de financiación internacional.
- 58. El Relator Especial insta a los Estados a dar prioridad a la financiación para la salud en los presupuestos nacionales y subnacionales con el fin de reducir la dependencia excesiva de la financiación internacional y asegurar la autosuficiencia nacional en relación con los recursos para la salud.
- 59. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la mancomunicación de los fondos para la salud:
  - a) Implementar un sistema de mancomunicación que incluya pagos anticipados progresivos y obligatorios, como los impuestos y las contribuciones para seguros, con el fin de reducir o eliminar los pagos en efectivo para gastos de salud y asegurar el acceso de los pobres a centros, bienes y servicios de salud de calidad;
  - b) Desarrollar programas de seguro social de salud financiados mediante contribuciones progresivas y obligatorias, complementadas con ingresos tributarios generales, que incluyan una mancomunidad de contribuyentes suficientemente grande como para promover una financiación cruzada efectiva, con exenciones absolutas para los pobres;
  - c) Asegurar que la inscripción en los programas de seguro social de salud alcance a todos los sectores de la población, en particular a los grupos vulnerables o marginados, prestando especial atención a los trabajadores del sector no estructurado;
  - d) Asegurar que los beneficios de los programas del seguro social de salud incluyan un conjunto mínimo de bienes y servicios y que estén disponibles y sean universalmente accesibles según las necesidades. Los conjuntos de beneficios deben:
    - i) Responder a la carga derivada de las enfermedades y las necesidades de salud de la población;
    - ii) Incluir servicios de atención primaria de salud efectivos y orientados a la comunidad;
    - iii) Incluir medicamentos básicos y genéricos para asegurar el acceso a unos tratamientos inocuos, efectivos y asequibles.
- 60. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la distribución equitativa de los fondos para la salud:
  - a) Asegurar la distribución equitativa y eficiente de los fondos y recursos para la salud entre

los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo hincapié en la atención primaria de salud;

- b) Asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad sin discriminación alguna para las poblaciones rurales y remotas. Esto exigirá:
  - i) Un aumento de las inversiones en infraestructura física para la salud en las comunidades rurales y remotas;
  - ii) La creación de incentivos para los profesionales de la salud, como sueldos competitivos, reducciones fiscales, la rotación de destinos y el desarrollo profesional acelerado, para que trabajen en las zonas rurales y remotas.



**ONU-Derechos Humanos en Bogotá, D.C.**  
Calle 113 No. 7-45, Torre B, Of. 1101  
Ed. Teleport Business Park, Tel. (571) 658 3300

**ONU-Derechos Humanos en Barranquilla**  
Carrera 53 No. 82-86, Of. 403  
Ed. Ocean Tower Business Center  
Tel. (575) 3854791 - 3854682 - 3044420

**ONU-Derechos Humanos en Bucaramanga**  
Carrera 29 No. 45-94, Of. 806  
Centro Empresarial Seguros Atlas, Tel. (577) 657 5152

**ONU-Derechos Humanos en Medellín**  
Calle 7 No. 39-215, Of. 302  
Ed. BBVA, Tel. (574) 268 2991

**ONU-Derechos Humanos en Neiva**  
Calle 21 No. 7B-24/30, 2º piso, Ed. La Castellana  
Barrio Quirinal, Tel. (578) 8716203 - 8712964

**ONU-Derechos Humanos en Quibdó**  
Calle 21 No. 4-82, 1er piso  
Barrio La Yesquita, Tel. (574) 671 3692

**ONU-Derechos Humanos en San Juan de Pasto**  
Carrera 35A No. 18-87, Tel. (572) 731 3009

**ONU-Derechos Humanos en Santiago de Cali**  
Avenida Roosevelt No. 25-32, Of. 204  
Ed. San Joaquín, Tel. (572) 665 9924

**ONU-Derechos Humanos en Villavicencio**  
Carrera 32 No. 41-58/60, Of. 202, Centro  
Central de Oficinas, Parque Infantil  
Tel. (578) 6645487

**www.hchr.org.co**  
@ONUHumanRights  
[facebook.com/onudhcolombia](http://facebook.com/onudhcolombia)  
[onu-ddhh@hchr.org.co](mailto:onu-ddhh@hchr.org.co)