



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 refuercen 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>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción.....	1–4	4
II. La salud en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio	5–54	4
III. El derecho a la salud de los pueblos indígenas.....	55–58	14
IV. El derecho a la salud, la supervivencia del niño y los indicadores	59–84	16
V. Conclusiones	85–88	30
Anexo		
Objetivos de desarrollo del Milenio y normas de derechos humanos		32

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 59° 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 “abarcar 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 60° 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 Rumania (23 a 27 de agosto) a invitación de los respectivos gobiernos¹. Los informes sobre esas dos misiones, así como sobre su misión a Mozambique en diciembre de 2003, se presentarán a la Comisión en su 61° 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.

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 humanos². 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 salud³ 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 ilustrativo⁴.

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.

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 sistémico.

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:

- Reducir la mortalidad infantil (objetivo 4);
- Mejorar la salud materna (objetivo 5);
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (objetivo 6);

— 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)⁵. 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 salud⁶.

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 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 1998⁷.

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 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 desventaja⁸.

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.

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 participatorio. 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 objetivos de desarrollo del Milenio. Sin embargo, una estrategia de desarrollo que no contemple 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 dimanar, 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 castigo⁹. 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”¹⁰. 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 respecto¹¹.

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. 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”¹². 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 desarrollo¹³. 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 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. Respalda 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 destacara, 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 equipos¹⁴.

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 entero¹⁵. 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 indígenas¹⁶.

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 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)¹⁷;
- 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;
 - 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>			
Marco jurídico básico		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? <i>(sí/no)</i>	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? <i>(sí/no)</i>			
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? <i>(sí/no)</i>	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? <i>(sí/no)</i>	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? <i>(sí/no)</i>	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
Institución nacional de derechos humanos	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 <i>(sí/no)</i>			
ii) De manera implícita el derecho de los niños a la salud? <i>(sí/no)</i>			

Indicador	Desglose	Responsabilidad sectorial	Disposiciones de derechos humanos**
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)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1), 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
Estrategia y plan de acción nacionales	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1), 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
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 y 12 del PESC; artículos 2, 3 1), 4, 6 2) y 24 de la CDN
9. En caso afirmativo:	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 3 1), 4, 6 2) y 24 de la CDN
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)			

<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? (<i>sí/no</i>)	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 4, 6 2) y 24 de la CDN
Evaluaciones de los efectos	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 y 12 del PESC; artículos 2, 4, 6 2) y 24 de la CDN
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? (<i>sí/no</i>)			
Vigilancia y rendición de cuentas	No	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN; artículo 25 del PDCP; artículos 7 y 14 2) de la CEDAW; artículo 5 a), c) y e) iv) de la CERD
12. Además de los mencionados en los indicadores 1 a 11 <i>supra</i> , ¿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? (<i>sí/no</i>)			
b) ¿Un órgano internacional establecido en virtud de los tratados de derechos humanos, por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño? (<i>sí/no</i>)			
c) ¿Otros?			
Coordinación	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2) y 24 de la CDN
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? (<i>sí/no</i>)			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
Participación	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
14. En el marco de la formulación, aplicación y vigilancia de sus políticas de salud infantil ¿consulta el Gobierno periódicamente a:			
a) Una amplia gama de distintos tipos de organizaciones no gubernamentales (<i>sí/no</i>)			
b) Representantes de una amplia gama de organizaciones de profesionales de la salud (<i>sí/no</i>)			
c) Las autoridades locales (<i>sí/no</i>)			
d) Representantes de una amplia gama de grupos vulnerables, incluidos aquellos que viven sumidos en la pobreza (<i>sí/no</i>)			
15. ¿Realiza el Gobierno campañas periódicas de difusión de sus políticas de salud infantil:	No	Ministerio de Sanidad	Artículos 2 1) y 12 del PESC; artículos 4, 6 2), 13, 17 y 24 de la CDN; artículos 10 h) y 14 2) b) de la CEDAW; artículo 5 e) iv) de la CERD
a) Dirigidas a una amplia gama de organizaciones no gubernamentales (<i>sí/no</i>)			
b) Dirigidas a una amplia gama de organizaciones de profesionales de la salud (<i>sí/no</i>)			
c) Dirigidas a las autoridades locales (<i>sí/no</i>)			
d) A través de medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? (<i>sí/no</i>)			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
Asistencia y cooperación internacionales (es- No tos indicadores son para los donantes)		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
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? <i>(Sí/no/no se aplica porque no se ha ratificado el tratado pertinente)</i>	No		
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: a) Lo presenta al Gobierno del país receptor? <i>(sí/no)</i> b) ¿Hace públicos los contenidos del informe en el país receptor? <i>(sí/no)</i>	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
18. ¿Está la política gubernamental de asistencia oficial para el desarrollo basada en los derechos? <i>(sí/no)</i>			

Indicadores de proceso

Alimentación de lactantes*	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
19. Proporción de lactantes menores de 12 meses que comenzaron a mamar en el espacio de una hora desde el parto			
20. Proporción de lactantes menores de 4 y de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna			
21. Proporción de lactantes de entre 12 y 15 meses y 20 y 23 meses de edad que se alimentan de leche materna			
22. Proporción de lactantes de entre 6 y 9 meses que se alimentan de leche materna y otros complementos alimenticios			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
Vitamina A*	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 2), 24 2) c) y e) de la CDN
23. Proporción de niños menores de 5 años que han recibido una dosis elevada de suplementos de vitamina A en los últimos seis meses			
Paludismo*	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), c) y e) de la CDN
24. Proporción de hogares que poseían al menos un mosquitero impregnado con insecticida la noche anterior			
25. Proporción de niños menores de 5 años que durmieron bajo 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
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*	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
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			
28. Proporción de población que utiliza alguno de los servicios de saneamiento siguientes:	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
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			

<i>Indicador</i>	<i>Desglose</i>	<i>Responsabilidad sectorial</i>	<i>Disposiciones de derechos humanos**</i>
Inmunización*	Sí	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
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			
Infecciones agudas de las vías respiratorias*	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a), c) y d) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a), b) y c) de la CDN
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			
34. Proporción de población que utiliza combustibles sólidos	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a), b) y c) del PESC; artículos 6 2), 24 2) a) y c) de la CDN
Salud materna*	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
35. Proporción de partos asistidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeras o comadronas)			
Asistencia y cooperación internacionales (estos indicadores son para donantes)	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
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>
<i>Indicadores de evolución</i>			
Desnutrición*	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículos 11 y 12 2) a) del PESC; artículos 6 2), 24 2) c) y e) y 27 3) de la CDN
39. Proporción de nacidos vivos con bajo peso (menos de 2.500 gramos)			
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			
Mortalidad*	Sí	Ministerio de Sanidad	Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 y 24 2) a) de la CDN
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)			
42. Tasa de mortalidad infantil (probabilidad de morir entre el parto y el primer año de edad por cada 1.000 nacidos vivos)			Artículo 12 2) a) del PESC; artículos 6 y 24 2) a) de la CDN

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.

Notas

¹ 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.

- 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.
- ⁵ Por ejemplo, una de las metas correspondientes al objetivo 8 es proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.
- ⁶ 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.
- ⁷ Poder Judicial de la Nación, Causa No. 31.777/96, 2 de junio de 1998.
- ⁸ 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.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ DP/2003/34, párr. 3.
- ¹¹ *Ibíd.*, párr. 16.
- ¹² *Ibíd.*, 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.
- ¹⁴ Véanse las observaciones de la Ethical Globalization Initiative acerca del informe provisional sobre el Equipo de Tareas No. 5 del Proyecto del Milenio sobre el VIH/SIDA.
- 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/rapporteur/visits.htm>.
- ¹⁷ 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).

Anexo

Objetivos de desarrollo del Milenio y normas de derechos humanos^a

<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

^a PESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), PDPC (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).