



Asamblea General

Distr. general
5 de agosto de 2016
Español
Original: inglés

Septuagésimo primer período de sesiones

Tema 69 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 la Asamblea General el informe presentado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Puras, de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y [24/6](#).

* [A/71/150](#).



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

Resumen

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible brindan la oportunidad de mejorar la salud y los derechos humanos de los que se han quedado más atrás. Los derechos humanos y el marco del derecho a la salud pueden contribuir a su aplicación y consecución efectivas. El presente informe pone de relieve las complementariedades entre los Objetivos y el derecho a la salud, que se refuerzan mutuamente. Examina cuatro cuestiones de interés para ilustrar cómo puede ayudar el derecho a la salud a corregir desfases críticos en la aplicación dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a saber, la igualdad y la no discriminación, la rendición de cuentas, la cobertura sanitaria universal y la violencia.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	3
II. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: principales cuestiones y principios	4
III. El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	6
A. El derecho a la salud como marco para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible	6
B. Atención sanitaria y factores básicos determinantes del derecho a la salud.....	7
C. Participación y acceso a la información	8
D. Obligaciones en virtud del derecho a la salud	9
IV. Cuestiones de interés.....	12
A. No dejar a nadie atrás: equidad, igualdad y no discriminación	12
B. Rendición de cuentas	17
C. Cobertura sanitaria universal	21
D. La violencia como problema de salud pública en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	25
V. Conclusiones y recomendaciones.....	27

I. Introducción

1. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución 70/1 de la Asamblea General) es una de las estrategias mundiales más importantes y ambiciosas que han concebido las Naciones Unidas. Incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible que reflejan un enfoque holístico para transformar el mundo en una comunidad mundial más pacífica, justa e inclusiva. Los Objetivos se centran en objetivos sociales, económicos y ambientales, prestando atención a la buena gobernanza, el estado de derecho, el acceso a la justicia, la seguridad personal y la lucha contra la desigualdad. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 se centra en la salud y los demás Objetivos también incluyen numerosos compromisos relacionados con ella.

2. Aunque el proceso y el resultado final no están exentos de importantes críticas¹, la negociación de la Agenda 2030 y de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible concluyó con un compromiso con la promoción y protección de los derechos humanos. La Agenda 2030 se fundamenta en la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales de derechos humanos y se apoya en la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (resolución 70/1, párr. 10). En concreto, la Agenda 2030 incluye un compromiso con respecto a su implementación, que ha de hacerse “de manera compatible con los derechos y obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional” (*ibid.*, párr. 18). En otras palabras, el cumplimiento del derecho internacional de los derechos humanos, que incluye el derecho a la salud, es en sí mismo un objetivo explícito de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3. A nivel instrumental, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el derecho internacional de los derechos humanos tienen mucho que ofrecerse entre sí. Prestando cuidadosa atención a los derechos humanos, las iniciativas mundiales y nacionales relativas a los Objetivos pueden respaldar la realización del derecho a la salud. Al contrario, el derecho a la salud y otros derechos humanos pueden desempeñar un papel fundamental de apoyo a los Objetivos. Es en esta relación simbiótica especial en la que se centra el presente informe, especialmente las contribuciones que puede realizar el derecho a la salud para la consecución efectiva de los Objetivos.

¹ Barbara Adams y otros, eds., *Spotlight on Sustainable Development 2016: Report of the Reflection Group on the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Rheinbreitbach (Alemania), Social Watch y otros, 2016); Claire E. Brolan, Peter S. Hill y Gorik Ooms, “‘Everywhere but not specifically somewhere’: a qualitative study on why the right to health is not explicit in the post-2015 negotiations”, *BMC International Health and Human Rights*, vol. 15, núm. 22 (agosto de 2015).

II. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: principales cuestiones y principios

4. La Agenda 2030 se basa en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, aprobada al inicio del nuevo milenio y concluida en 2015. Los objetivos de políticas de la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio se centraron en mejorar los resultados de desarrollo humano en materia de salud, educación, pobreza e igualdad de género en los países de bajos ingresos (A/59/422, párrs. 8 a 13). Esta agenda recibió una atención sin precedentes de la comunidad internacional, las prioridades de financiación y las relaciones internacionales durante sus 15 años de existencia. La Agenda 2030 hereda este espacio estratégico y será una poderosa herramienta de política que influirá en las agendas internacionales y nacionales de desarrollo durante la segunda y la tercera década del milenio.

5. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenían un alcance limitado, al centrarse en cuestiones económicas y sociales de las naciones de bajos ingresos. La salud tenía un protagonismo especial en ellos y tres de los ocho Objetivos se centraban en la salud materna, la salud infantil y el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son más amplios, al abarcar las dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo. Son universales, aplicándose a países ricos y pobres, y están diseñados para ser integrados, interrelacionados y transversales. Cabe señalar que la Agenda 2030 asume el amplio compromiso de “asegurar que nadie se quede atrás” y “llegar primero a los más rezagados” con el objetivo de reducir las desigualdades dentro de los países y entre ellos (Objetivo 10). Esto se refleja en varios Objetivos de Desarrollo Sostenible y se hace eco de los principios de derechos humanos fundamentales de no discriminación e igualdad.

6. La salud es fundamental para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, puesto que es tanto un resultado de la consecución de la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible como una vía hacia ellos. Los avances en la salud dependen de los avances en otros Objetivos y también son consecuencia de ellos. El Objetivo 3 es un compromiso específico de “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Está asociado con nueve objetivos, entre los que se incluyen la lucha contra la mortalidad materna y en la niñez y las enfermedades infecciosas y no transmisibles. El Relator Especial acoge favorablemente el reconocimiento de la carga emergente de las enfermedades no transmisibles, que representan la mayoría de las muertes del mundo, con una repercusión desproporcionada y devastadora en los pobres y los marginados. También hay metas transversales orientadas a sistemas, incluido el acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva y la cobertura sanitaria universal².

² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014* (Ginebra, 2014).

7. Casi todos los 17 Objetivos tienen un vínculo con la salud y muchos son importantes factores básicos determinantes de la salud, entre ellos:

- La erradicación de la pobreza (Objetivo 1);
- La seguridad alimentaria y la nutrición (Objetivo 2);
- La educación de calidad inclusiva y equitativa (Objetivo 4);
- La igualdad de género (Objetivo 5);
- El agua y el saneamiento sostenibles (Objetivo 6);
- La reducción de la desigualdad en los países y entre ellos (Objetivo 10);
- La seguridad de las ciudades y asentamientos (Objetivo 11);
- El cambio climático y el acceso a la energía (Objetivo 13);
- Las sociedades pacíficas e inclusivas, el acceso a la justicia y las instituciones eficaces, responsables e inclusivas (Objetivo 16); y
- Las alianzas mundiales (Objetivo 17).

8. Pese a las numerosas sinergias entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el derecho a la salud, existen varios problemas. Muchas de las metas relacionadas con la salud tienen un enfoque reductor y no reflejan elementos esenciales del derecho a la salud. La interpretación superficial de los indicadores de salud amenaza con menoscabar el cumplimiento de las obligaciones del derecho a la salud, por ejemplo velar por que no se amplíe simplemente la cobertura, sino por que cumpla los requisitos fundamentales del derecho a la salud, entre ellos la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Muchas de las metas e indicadores de salud de los Objetivos se centran específicamente en aspectos biomédicos, pese al requisito de velar por que la promoción de la salud y la atención primaria se basen en los derechos humanos y los principios de salud pública modernos. Todas las partes interesadas deben reafirmar y revitalizar los compromisos asumidos en la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud de 1986, y la novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud³ debe servir a este propósito.

9. Otras dificultades importantes de derechos humanos relacionadas con la aplicación de la Agenda 2030 son los laxos requisitos de rendición de cuentas, la escasa claridad de las orientaciones sobre cómo aplicar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de manera holística y la ausencia de compromisos u orientaciones sobre cómo transformar el sistema financiero mundial para apoyar esta ambiciosa y amplia estrategia mundial. La función del sector privado también plantea varias dificultades de derechos humanos.

10. Sin embargo, aunque la Agenda 2030 pueda tener defectos, tiene potencial para mejorar la vida de muchas personas, en particular las más excluidas y marginadas. Los derechos humanos y el derecho a la salud pueden reforzar muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, cuando haya desfases en la aplicación, pueden ofrecer orientaciones normativas valiosas para su consecución fructífera.

³ Véase <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>.

III. El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

A. El derecho a la salud como marco para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

11. La presente sección contiene solo una introducción muy breve del marco del derecho a la salud y algunas de las formas en que puede reforzar, fortalecer e impulsar la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es importante recordar una diferencia fundamental entre los derechos humanos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Mientras que los últimos son compromisos políticos, el derecho a la salud da lugar a obligaciones jurídicamente vinculantes de los Estados para realizarlo progresivamente, así como a obligaciones de otros actores, y hacerlo en el contexto de sus políticas y programas sobre los Objetivos.

12. Lamentablemente, la Agenda 2030 no indica explícitamente que la salud es un derecho humano. Como se mencionó anteriormente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible se fundamentan en la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales de derechos humanos. Todos los Estados han ratificado al menos uno de estos tratados. Los tratados regionales de África, Europa y América protegen el derecho a la salud, al igual que al menos 100 constituciones nacionales de todo el mundo⁴.

13. El derecho a la salud también está interrelacionado con otros derechos humanos internacionalmente reconocidos relevantes para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a una vivienda adecuada, a la educación, a la intimidad, a la identidad y a la igualdad ante la ley, que también deben respetarse, protegerse y realizarse en el contexto de los Objetivos.

14. El derecho a la salud se ha aclarado en observaciones generales y observaciones aprobadas por órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas, entre ellas la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵. La jurisprudencia cada vez más rica y la literatura sobre el derecho a la salud también han ayudado a comprender mejor este derecho fundamental.

15. Los siguientes párrafos detallan las normas y obligaciones que se integran en el marco jurídico del derecho a la salud y deben incorporarse en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y apoyarán su avance.

⁴ Hans V. Hogerzeil, Melanie Samson y Jaume Vidal Casanova, “Ruling for access: leading court cases in developing countries on access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health” (Ginebra, OMS, 2004).

⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núms. 14 y 22; Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15.

B. Atención sanitaria y factores básicos determinantes del derecho a la salud

16. El derecho a la salud incluye el derecho a la atención sanitaria. La atención sanitaria está estrechamente relacionada con todas las metas del Objetivo 3 y se refleja directamente en las metas para lograr la cobertura sanitaria universal (meta 3.8) y la garantía del acceso universal a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (3.7). La relación de la cobertura sanitaria universal y el derecho a la salud se analiza más adelante, mientras que el derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva se detalla en las observaciones generales núm. 14 y 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y varios informes anteriores del titular del mandato (véase [E/CN.4/2004/49](#), [A/66/254](#), [A/HRC/14/20](#) y [A/HRC/32/32](#)). El derecho a la salud también puede apoyar y ser apoyado por metas como la reducción de las tasas de mortalidad materna, de recién nacidos y de niños menores de 5 años (metas 3.1 y 3.2) y de la incidencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (metas 3.3 y 3.4), la promoción de la salud mental (meta 3.4) y la reducción del número de muertes por accidentes de tráfico (meta 3.6).

17. El derecho a la salud exige que los bienes, servicios e instalaciones de atención sanitaria estén *disponibles* en cantidad suficiente; sean *accesibles* desde el punto de vista económico y geográfico y sin discriminación; sean *aceptables*, es decir, respeten la cultura de las personas, minorías y comunidades y tengan en cuenta las cuestiones de género y las necesidades del ciclo de vida; y sean de buena *calidad*⁶. Varias de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible son relevantes para este marco, incluido el compromiso de aumentar la formación, contratación y retención de trabajadores sanitarios en los países en desarrollo (meta 3.c), que respalda el principio de disponibilidad de los servicios.

18. El núcleo del derecho a la salud es un sistema de salud eficaz e integrado que se base en los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación, transparencia, rendición de cuentas y participación. Los sistemas de salud con demasiada frecuencia no son una prioridad para los Estados o los donantes bilaterales y multilaterales. Reciben escasa atención en la Agenda 2030, si bien muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas dependen de un sistema de salud sólido que se financie de forma suficiente, sea transparente y rinda cuentas. Sin una inversión centrada en el fortalecimiento de los sistemas de salud, existen pocas probabilidades de avanzar mucho en los Objetivos relacionados con la salud, entre ellos la lucha contra la creciente carga de enfermedades no transmisibles, la cobertura sanitaria universal y otras metas. Lo anterior implica una inversión financiera, así como una inversión en mecanismos buena gobernanza, transparencia, participación y rendición de cuentas.

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12.

19. El derecho a la salud engloba los factores básicos determinantes de la salud, incluidos sus factores sociales y psicosociales. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible abordan muchos de estos factores básicos determinantes, desde los derechos específicos al derecho a la salud que se encuentran en las metas del Objetivo 3, como la seguridad vial, el consumo perjudicial de alcohol y tabaco y la contaminación ambiental, hasta otros Objetivos y metas entre los que se incluyen el agua limpia y el saneamiento (Objetivo 6), la educación (Objetivo 4), la alimentación (Objetivo 2), el trabajo decente (Objetivo 8), la reducción de la desigualdad (Objetivo 10), la igualdad de género (Objetivo 5), la reducción de la pobreza (Objetivo 1), el cambio climático y el acceso a la energía (Objetivo 13), la paz, la justicia y las instituciones sólidas (Objetivo 16) y la violencia (metas 5.2, 16.1 y 16.2).

20. Por ejemplo, para abordar el cambio climático y la contaminación ambiental (Objetivo 13 y meta 3.9), los Estados y otros actores deben reconocer los efectos particulares que tienen estos problemas ambientales en la salud de determinadas poblaciones, debido en parte a la desigualdad socioeconómica, las normas culturales y los factores psicológicos intrínsecos⁷. El cambio climático aumenta la incidencia de enfermedades que ya afectan desproporcionadamente a los pobres, como la malaria y la diarrea. Asimismo, la contaminación ambiental contribuye a la creciente carga de enfermedades no transmisibles, que sufren de manera desproporcionada los pobres. Con ello aumenta el gasto sanitario y la mala salud mental y física de los que menos pueden permitírselo, reforzando el círculo vicioso de la pobreza (A/HRC/32/23, párr. 24).

21. El Objetivo 3 no se cumplirá sin el firme compromiso de afrontar todos los factores básicos determinantes de la salud o una inversión sostenida en sistemas de atención sanitaria transparentes que rindan cuentas.

C. Participación y acceso a la información

22. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible nacieron a través de un proceso extraordinariamente participativo. También incluyen importantes compromisos con la participación, entre ellos la meta 16.7 consistente en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades y otros Objetivos y metas que son cruciales para una participación libre, informada y significativa, como el acceso del público a la información y la protección de las libertades fundamentales (meta 16.10).

⁷ 2015 *Lancet* Commission on Health and Climate Change, “Health and climate change: policy responses to protect public health”, *The Lancet*, vol. 386, núm. 10006 (noviembre de 2015).

23. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce el derecho de las personas a participar en la dirección de los asuntos públicos⁸. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exige que los Estados respeten el derecho de las personas y grupos a participar en los procesos decisorios que afectan a su salud y desarrollo. La participación debe ser libre, informada, activa y significativa (véase [A/69/213](#)).

24. Los Estados deben velar por que se ofrezca a los titulares de derechos, incluidos los pertenecientes a grupos marginados, las condiciones para participar en el diseño, la aplicación y el seguimiento de las leyes, políticas y estrategias relevantes para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El reconocimiento, el disfrute y la protección efectivos de las libertades públicas, incluida la libertad de opinión y expresión y la libertad de reunión pacífica y de asociación, son esenciales en este sentido.

25. Como condición previa indispensable para el pleno ejercicio de todos los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, los actores de la sociedad civil que trabajan en cuestiones relacionadas con la salud deben poder realizar su trabajo en un entorno seguro y propicio. Al Relator Especial le preocupa el limitado espacio de la sociedad civil en numerosos países, incluidos los actores trabajan en derechos relacionados con la salud.

D. Obligaciones en virtud del derecho a la salud

26. Como se mencionó anteriormente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible son compromisos políticos. Sin embargo, en el marco internacional de derechos humanos, los Estados, en todas sus actividades encaminadas a cumplir los Objetivos, deben actuar de conformidad con su obligación de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud. Entre los elementos fundamentales de las obligaciones de los Estados en virtud del derecho a la salud se incluyen la realización progresiva, las obligaciones de efecto inmediato, los recursos máximos disponibles y la asistencia y cooperación internacionales.

27. El derecho a la salud está sujeto a la realización progresiva, lo que significa que los Estados tienen la obligación de actuar rápido y de la manera más eficaz posible mediante medidas deliberadas, concretas y selectivas para la plena realización del derecho (véase [E/CN.4/2003/53](#) y Corr.1 y 2). Esto requiere indicadores y parámetros adecuados para supervisar adecuadamente los avances a lo largo del tiempo. Es útil examinar cómo crean o desaprovechan oportunidades los Gobiernos para generar ingresos, asignar presupuestos y gastar realmente los fondos asignados con el fin de evaluar si están cumpliendo sus obligaciones de realizar progresivamente el derecho a la salud y otros derechos económicos, sociales y culturales con los máximos recursos disponibles ([E/2009/90](#), párrs. 44 a 54 y 74). Es esencial controlar cómo están invirtiendo los países los recursos en distintos Objetivos y metas para que se canalicen adecuadamente las iniciativas destinadas a cumplirlos y las poblaciones más marginadas reciban la atención que merecen.

⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 21; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 25.

28. Determinadas obligaciones en materia de salud son de efecto inmediato y no están sujetas a la realización progresiva. Entre ellas se incluyen obligaciones básicas como la no discriminación. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible reflejan varias obligaciones básicas, como el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud con carácter no discriminatorio, el acceso a agua, refugio, vivienda y saneamiento, agua potable y medicamentos esenciales⁹ y la garantía de la cobertura universal de los servicios de atención médica¹⁰. Otras obligaciones básicas que serán esenciales para cumplir los Objetivos son la revisión del marco jurídico y normativo nacional y subnacional y la enmienda o promulgación de leyes y políticas cuando sea necesario; la adopción de una estrategia sanitaria nacional que aborde el derecho a la salud; y la distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud.

29. Los Estados también deben dedicar los máximos recursos disponibles al derecho a la salud¹¹. En muchos países, el sistema de salud no recibe suficiente financiación. El compromiso de la meta 3.c de incrementar sustancialmente la financiación de la salud es positivo y responde a esta obligación. Sin embargo, los recursos acumulados para financiar los sistemas de salud deben ampliarse en un contexto de buena gobernanza, transparencia, participación y rendición de cuentas. La sociedad civil debe participar significativamente como asociada en todos los niveles de toma de decisiones y responsabilidad¹².

30. Los máximos recursos disponibles incluyen recursos nacionales e internacionales. El aumento del presupuesto para la salud puede exigir una reasignación de los recursos existentes o la generación de recursos adicionales. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible requieren que los Estados aumenten la capacidad de recaudación de impuestos y otros ingresos, entre otras cosas a través de la cooperación internacional. De acuerdo con los principios de derechos humanos de no discriminación e igualdad, los Estados deben garantizar la financiación de la salud sobre la base de sistemas fiscales progresivos con capacidad redistributiva que beneficien a los hogares más pobres. Otros ámbitos que resultan esenciales para asegurar los máximos recursos disponibles son la financiación mediante deuda y déficit presupuestario, la política monetaria y la regulación financiera (A/HRC/26/28, párr. 25).

31. Todos los Estados tienen la obligación con arreglo al derecho internacional de adoptar medidas en conjunto y por separado a través de la asistencia y la cooperación internacionales para la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud¹³. Más allá de la asistencia financiera y técnica, el concepto de derechos humanos de la asistencia y la cooperación internacionales incluye la responsabilidad de los Estados desarrollados de “trabajar activamente para lograr un orden internacional que conduzca a la

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 43.

¹⁰ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15, párr. 73.

¹¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2 1).

¹² Society for International Development, Transparency International — Kenya y Kenya Ethical and Legal Issues Network, “Sealing corruption loopholes in Kenya’s health procurement systems”, Policy Brief, núm. 2 (abril de 2016).

¹³ Carta de las Naciones Unidas, Artículos 55 y 56; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núms. 2, 3 y 14.

eliminación de la pobreza y la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo” (A/59/422, párr. 32).

32. El concepto de asistencia y cooperación internacionales permea todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible y se hace eco enérgicamente de los principios de equidad, asociación y cooperación mundiales que dan vida a la Agenda 2030 y la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. Además, el concepto de derechos humanos de la asistencia y la cooperación internacionales proporciona refuerzo jurídico al Objetivo 17 sobre el fortalecimiento de los medios de aplicación para revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, incluidos compromisos de desarrollo de los países para aplicar plenamente todas sus metas de asistencia oficial para el desarrollo (meta 17.2), movilizar recursos financieros adicionales para los países en desarrollo (meta 17.3) y ayudarles a hacer frente a la deuda (meta 17.4).

33. Los países desarrollados/de ingresos altos tienen el deber de ofrecer cooperación y asistencia a los países en desarrollo para apoyar sus esfuerzos destinados a realizar el derecho a la salud en sus respectivas calidades de donantes y miembros de organizaciones financieras y de desarrollo internacionales y regionales¹⁴. Para cumplir estas obligaciones, los Estados tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países y utilizar su influencia política o jurídica para evitar que terceros países conculquen este derecho en otros países.

34. Los países en desarrollo miembros de organizaciones financieras internacionales deben trabajar para garantizar la protección del derecho a la salud en las políticas de préstamo, los acuerdos crediticios y otras medidas internacionales de estas instituciones¹⁵. También tienen la obligación de utilizar recursos a nivel nacional y buscar recursos a través de la cooperación y la asistencia internacionales para realizar el derecho a la salud.

35. El sector privado tiene una influencia considerable en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, puesto que desempeña un papel fundamental, a veces positivo y a veces negativo, como proveedor de bienes y servicios de atención sanitaria y en la investigación y el desarrollo de medicamentos en muchos países. En virtud de las normas internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de brindar protección contra la injerencia y el daño del sector privado. Es esencial adoptar y aplicar un sólido marco jurídico, regulador y normativo y deben establecerse arreglos de rendición de cuentas relacionados con el sector privado, que incluyan seguimiento, examen y reparación, a nivel mundial, regional y nacional.

36. La rendición de cuentas, la igualdad y la no discriminación son componentes esenciales del marco del derecho a la salud y se presentarán en la siguiente sección.

¹⁴ Carta de las Naciones Unidas, Artículos 55 y 56; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 3, párr. 14.

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 39.

IV. Cuestiones de interés

37. La relación entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el derecho a la salud da lugar a numerosas cuestiones de gran importancia. Puesto que el espacio en el presente informe es limitado, esta sección contiene un análisis introductorio de cuatro características de la Agenda 2030 que se repiten en el derecho a la salud: la lucha contra la inequidad y la desigualdad; la rendición de cuentas; la cobertura sanitaria universal; y la violencia.

38. El compromiso de no dejar a nadie atrás y garantizar la rendición de cuentas es un principio fundamental de los derechos humanos. La cobertura sanitaria universal es crucial para garantizar la equidad en la consecución del derecho a la salud, mientras que la violencia es un factor básico determinante de la salud esencial y desatendido y una barrera sistémica al acceso a la atención sanitaria, la mejora del bienestar y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

39. Cada una de las cuestiones mencionadas representa un nuevo enfoque en comparación con la agenda del milenio que requiere compromiso operativo tanto en los países ricos como pobres. Los retos que reflejan estas cuatro cuestiones de interés se dan tanto entre ciertos segmentos de la población en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Las metas e indicadores de la Agenda 2030 no abordan adecuadamente estas cuestiones, creando incertidumbre sobre cómo deben llevar a cabo los Estados la aplicación efectiva. Los derechos humanos y el derecho a la salud pueden ofrecer un marco jurídicamente fundamentado e instructivo para corregir las deficiencias¹⁶.

A. No dejar a nadie atrás: equidad, igualdad y no discriminación

40. La desigualdad, la discriminación y la inequidad son aspectos que definen la comunidad mundial, que moldean e influyen en las políticas y los resultados de salud¹⁷ y que reflejan un enfoque profundamente defectuoso de inversión y priorización del desarrollo humano. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio no reconocieron la importancia de la equidad, la no discriminación y la igualdad en la salud, lo que enmascaró las desigualdades y disparidades dentro de los países y entre ellos, dejando a los más pobres y marginados todavía más atrás¹⁸.

¹⁶ Adams y otros, *Spotlight on Sustainable Development* (véase la nota 1); Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016* (Ginebra, 2016); Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y Centro de Derechos Económicos y Sociales, “¿Quién debe rendir cuentas? Los derechos humanos y la agenda para el desarrollo después de 2015” (Nueva York y Ginebra, 2013).

¹⁷ OMS, *State of Inequality: Reproductive, Newborn and Child Health* (Ginebra, 2015); A/HRC/29/31, párrs. 29 a 42.

¹⁸ Save the Children, “Leaving no one behind: embedding equity in the post-2015 framework through stepping stone targets” (Londres, 2015).

41. La Agenda 2030 se compromete a dar prioridad a los más pobres y vulnerables y a llegar primero a los más rezagados. La garantía de una vida sana para todos a todas las edades (Objetivo 3) posiciona la igualdad, la no discriminación y la equidad como cuestión sanitaria central en la Agenda 2030, complementada por el Objetivo 10 que pide la reducción de las desigualdades dentro de los países y entre ellos. Sin embargo, para lograrlo es necesario un cambio fundamental en la aplicación, que dé prioridad a los más rezagados, identifique y dé visibilidad a estas poblaciones, comprenda las barreras de su exclusión y establezca mecanismos y políticas que permitan su inclusión y empoderamiento (E/HLPF/2016/2, párr. 109).

42. Lamentablemente, muchas de las metas e indicadores desarrollados para orientar a los Estados en la consecución de la igualdad sanitaria, la no discriminación y la equidad antes de 2030 son vagos (meta 3.4), siguen haciendo un seguimiento de los avances en conjunto (indicador 3.8.2) y no articulan la naturaleza interconectada de los numerosos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esto permite a los Gobiernos centrarse en metas más fáciles o planes de aplicación limitados, lo que puede menoscabar el compromiso más amplio de dar prioridad a los más rezagados. El marco del derecho a la salud sirve como herramienta útil para entender las inequidades, establecer prioridades y configurar un conjunto holístico de mecanismos de aplicación para corregir esta deficiencia en toda la Agenda 2030.

43. El derecho a la salud exige que los Estados aborden de manera holística una serie de obstáculos derivados de la desigualdad y la discriminación que impiden el acceso a la atención sanitaria y factores básicos determinantes de la salud y den prioridad a los miembros pobres y vulnerables de la sociedad¹⁹. Lo anterior es coherente con el compromiso de aplicar colectivamente las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, lo que es importante, proporciona orientación normativa para la priorización.

Priorizar los recursos para la salud

44. Los recursos financieros necesarios tanto para desarrollar los sistemas de salud como para acceder a ellos constituyen un obstáculo común en la consecución de la equidad sanitaria, que afecta a la salud y el bienestar de los más pobres y marginados del mundo de manera más grave. Los países en desarrollo, en particular aquellos que no tienen sistemas de salud sólidos, se enfrentan a dificultades considerables para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. El derecho a la salud exige que los Estados den prioridad a la provisión para los más pobres y marginados, incluso frente a limitaciones de recursos, a través de una serie de medidas. A continuación se exponen algunos ejemplos ilustrativos que relacionan varios Objetivos:

a) En el caso de los que viven en la pobreza o sin medios suficientes, los Estados deben garantizar la cobertura sanitaria o el acceso a la asistencia para evitar la discriminación (metas 1.3 y 3.8)²⁰.

¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párrs. 18 y 19.

²⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14.

b) La asignación de recursos debe priorizar la distribución y el acceso equitativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud y no favorecer desproporcionadamente los servicios de salud para poblaciones privilegiadas, como los funcionarios públicos o los habitantes de grandes zonas urbanas (meta 1.a y Objetivo 3).

c) La asignación de recursos debe garantizar que los más vulnerables y marginados tengan acceso a un suministro adecuado de agua potable y apta para el consumo (Objetivos 3 y 6).

Transformar los entornos jurídicos y normativos

45. Las leyes, políticas y prácticas discriminatorias fuera del espacio sanitario pueden tener una repercusión directa en la realización del derecho a la salud²¹. Por ejemplo, las personas pobres suelen quedar excluidas del acceso a los servicios de salud y de factores básicos determinantes de la salud como la vivienda social y otros servicios sociales no (solo) porque son pobres, sino (también) porque carecen de seguridad de tenencia de la tierra o de una identidad legal oficial. Las poblaciones criminalizadas pueden ser excluidas de la vivienda social u otros servicios sociales por cuestión de ley o política. A las personas con discapacidad puede denegársele su capacidad jurídica o sometérselas a intervención médica o internamiento sin su consentimiento.

46. Asimismo, estos entornos exacerban los obstáculos a los servicios de salud y dan lugar a una serie de consecuencias adversas para las poblaciones pobres y marginadas. Por ejemplo, las leyes que penalizan el consumo de drogas pueden empujar a las personas que las consumen a abandonar los servicios de reducción del daño vitales (meta 3.3/3.5)²². Las políticas restrictivas o punitivas en materia de drogas pueden privar a las personas que sufren dolor de su derecho a atención paliativa. Las leyes que penalizan el aborto o limitan el suministro de información o la prestación de servicios de salud sexual o reproductiva exponen a las mujeres y las niñas a un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo y mortalidad materna (meta 3.2/3.7 y Objetivo 5) (véase [A/HRC/32/32](#)).

47. Las leyes represivas también pueden restringir el espacio de actuación de los actores de la sociedad civil, obstaculizando así los esfuerzos destinados a la realización de derechos y libertades básicos. Las leyes que prohíben a las organizaciones no gubernamentales y los defensores de los derechos humanos trabajar sin registrarse oficialmente y que limitan o prohíben totalmente el acceso a financiación exterior han enfriado los esfuerzos por promover los derechos de las poblaciones marginadas en todo el planeta.

²¹ Manjima Bhattacharjya y otros, “The right(s) evidence: sex work, violence and HIV in Asia — a multi-country qualitative study” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Asia Pacific Network of Sex Workers, 2015).

²² Judith Levine y otros, “Riesgos, derechos y salud” (Nueva York, PNUD, 2012); Steffanie A. Strathdee y otros, “HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present and future”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9737 (julio de 2010).

48. Para superar las desigualdades y la discriminación relacionadas con la salud, el derecho a la salud exige que los Estados adopten medidas jurídicas inmediatas e integrales, entre otras cosas mediante la derogación de las leyes discriminatorias, y adopten una protección jurídica sólida de la igualdad y la no discriminación (Objetivo 5 y meta 10.3)²³. Los Estados también deben adoptar políticas nacionales de salud dotadas de recursos suficientes que presten una atención particular a todos los grupos marginados y examinar periódicamente los avances. Las estrategias nacionales de equidad sanitaria que engloban este enfoque pueden ayudar a apoyar un enfoque holístico e integral para luchar contra las desigualdades y la discriminación²⁴.

49. Los proyectos de empoderamiento jurídico que trabajan con comunidades marginadas ayudan a asegurar el acceso a la atención sanitaria. También responden a las violaciones de los derechos humanos, incluida la violación del derecho a la salud, y procuran repararlas. El refuerzo de los conocimientos básicos de derecho y los servicios de asistencia letrada también pueden ser fundamentales en relación con los factores básicos determinantes de la salud, como la obtención de vivienda y prestaciones de asistencia social (Objetivo 1 y meta 11.1); la prevención de la detención ilícita o excesiva y la lucha contra la violencia o el abuso policial (Objetivos 11 y 16); la protección o el establecimiento de los derechos sobre la tierra (Objetivos 1, 5 y 11); el establecimiento de la identidad y la ciudadanía (meta 16.9); la prevención de la discriminación por razón de género (Objetivos 5 y 16); y la promoción de la participación fructífera de los pobres y otras personas marginadas en las decisiones que afectan a su acceso a la atención sanitaria y los factores básicos determinantes de la salud (metas 5.5 y 16.7).

Participación y empoderamiento

50. Las poblaciones pobres y marginadas suelen quedar excluidas de la participación fructífera en decisiones sobre políticas que afectan directamente a su salud y desarrollo, lo que exacerba la exclusión, la discriminación y la desigualdad y, a su vez, la mala salud. Sin la participación de las comunidades, especialmente los pobres y vulnerables, las prioridades y los sistemas de salud seguirán favoreciendo a las poblaciones urbanas, sanas y privilegiadas. Lamentablemente, el Objetivo 3 no incorpora la participación como indicador para medir los avances sanitarios.

51. La participación de una sección transversal diversa de la sociedad civil, especialmente los grupos de usuarios, las comunidades afectadas y los activistas de base, es esencial para garantizar la aplicación de una agenda mundial que sea inclusiva y válida para todos. El derecho a la salud requiere que la participación sea activa y fructífera y, por lo tanto, que vaya más allá de los modos de representación simbólicos. Esto exige una movilización de recursos y el establecimiento de varios mecanismos para que la sociedad civil participe en los procesos nacionales,

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14.

²⁴ Eric A. Friedman, “National health equity strategies to implement the global promise of SDGs”, *Health and Human Rights Journal*, blog SDG Series, 5 de octubre de 2016. Disponible en www.hhrjournal.org/2015/10/sdg-series-national-health-equity-strategies-to-implement-the-global-promise-of-sdgs.

regionales e internacionales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluido el foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible (Objetivo 17).

52. Las iniciativas de empoderamiento comunitario que trabajan con las comunidades pobres y marginadas han logrado resultados de salud extraordinarios, por ejemplo en la lucha mundial para acabar con el VIH/SIDA (meta 3.3) ([E/HLPF/2016/2](http://undocs.org/sp/E/HLPF/2016/(E/HLPF/2016/2), [http://undocs.org/sp/E/HLPF/2016/\(E/HLPF/2016/2](http://undocs.org/sp/E/HLPF/2016/(E/HLPF/2016/2) párr. 107). El empoderamiento económico y social como la despenalización del trabajo sexual y la movilización de los trabajadores sexuales ha mejorado la salud y detectado déficits de salud críticos (Objetivos 3 y 5)²⁵. La movilización comunitaria para obtener una vivienda adecuada y estable para las personas seropositivas sin hogar puede tener implicaciones vitales para su salud (metas 3.3 y 11.1)²⁶. Los esfuerzos para empoderar a los padres en situaciones vulnerables a través de iniciativas de educación parental participativas reducen el riesgo de resultados de salud negativos en sus hijos (Objetivo 3 y metas 4.2, 5.2 y 16.2)²⁷. Cuando las niñas acceden a la educación, las tasas de mortalidad en la niñez y la salud a largo plazo de las niñas mejoran (Objetivos 3, 4 y 5) (A/70/213, párr. 9). Las inversiones en este tipo de iniciativas colocan los principios de derechos humanos de autonomía y participación en el centro de la política de salud pública y son componentes esenciales para una sociedad abierta, inclusiva y pacífica.

Datos desglosados

53. De conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen el compromiso de recopilar datos accesibles, oportunos, fiables y de alta calidad. La realización del derecho a la salud y la consecución de la equidad sanitaria exigen determinar y entender las desigualdades tanto dentro de los países como entre ellos. La identificación de los patrones de vulnerabilidad puede lograrse a través de la recopilación de datos desglosados. Esto es esencial para determinar las disparidades, donde se necesitan esfuerzos específicos, supervisar los avances y apoyar el examen y la rendición de cuentas. El Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha recomendado que los datos relacionados con los Objetivos se desglosen por “ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales” (meta 17.18). Este desglose sería un avance positivo respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se basaban en datos presentados como promedios nacionales.

54. La priorización de los más vulnerables requiere reconocer que muchas poblaciones son invisibles en los métodos tradicionales de recopilación de datos porque están excluidos del registro civil o se enfrentan a otros obstáculos, por ejemplo no tener hogar o ser criminalizados, y nunca entran en contacto con

²⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, “How AIDS changed everything: MDG 6-15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response” (Ginebra, 2015).

²⁶ Kate Shannon y otros, “Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants”, *The Lancet*, vol. 385, núm. 9962 (enero de 2015).

²⁷ Amy Knowlton y otros, “Individual, interpersonal and structural correlates of effective HAART use among urban active injection drug users”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 41, núm. 4 (abril de 2006).

procesos oficiales de estadística. Los métodos de recopilación de datos cualitativos son un complemento práctico y poderoso a los métodos tradicionales cuantitativos²⁸.

55. El compromiso de la Agenda 2030 con el refuerzo de la recopilación de estadísticas en los países en desarrollo debería incluir apoyo al desglose y la calidad de los datos, en particular con respecto al registro civil y estadísticas vitales. El Relator Especial alienta a los Estados a desglosar los datos conforme a otras variables y utilizar tanto métodos cualitativos como cuantitativos. Será esencial para determinar los obstáculos a los que se enfrentan diferentes grupos a fin de que las medidas jurídicas y normativas adecuadas puedan reducir la discriminación y apoyar la igualdad sustantiva.

B. Rendición de cuentas

56. La rendición de cuentas se sitúa en el centro mismo de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La rendición de cuentas por los derechos humanos consiste en un proceso que brinda a los titulares de derechos la oportunidad de entender cómo han cumplido sus obligaciones los garantes de derechos y a estos últimos la oportunidad de explicar cómo lo han hecho. Tiene una función correctiva, al permitir la reparación de agravios individuales o colectivos; también tiene una función preventiva que ayuda a determinar qué leyes, políticas y programas se están ejecutando y dónde tienen que realizarse ajustes²⁹. Debe considerarse un proceso constructivo que ayuda a las personas y grupos a realizar sus derechos y a los garantes de derechos a cumplir sus obligaciones.

57. La Agenda 2030 incluye un compromiso positivo con la “rendición de cuentas” a través de un “marco de seguimiento y examen sólido, voluntario, eficaz, participativo, transparente e integrado” (resolución 70/1, párr. 72) que respeta los derechos humanos a nivel internacional, regional y nacional. La rendición de cuentas será fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, sigue sin estar claro lo que significan exactamente rendición de cuentas, seguimiento y examen en el contexto de los Objetivos.

58. Los ámbitos de la salud mundial y los derechos humanos han desarrollado, en los últimos años, análisis e instituciones de rendición de cuentas que pueden inspirar la rendición de cuentas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y ayudar a configurar nuevos arreglos³⁰. En 2011, la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, creada para proponer un marco destinado a garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (2010-2015), propuso un modelo tripartito de rendición de cuentas, que consta de

²⁸ Flavia Bustreo y otros, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Ginebra, OMS, 2013), pág. 85, secc. 4.2.

²⁹ ACNUDH y Centro de Derechos Económicos y Sociales, “¿Quién debe rendir cuentas?” (véase la nota 16).

³⁰ Alicia Ely Yamin y Rebecca Cantor, “Between insurrectional discourse and operational guidance: challenges and dilemmas in implementing human rights-based approaches to health”, *Journal of Human Rights Practice*, vol. 6, núm. 3 (2014).

seguimiento, examen y medidas correctivas³¹. Este modelo, derivado del entendimiento de la rendición de cuentas desde la perspectiva de los derechos humanos, fue asumido posteriormente por el Secretario General, entre otras cosas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, que apoya la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

Supervisión

59. Supervisión significa proporcionar información válida y esencial sobre lo que está pasando, dónde y a quién (resultados) y cuánto se gasta, dónde, en qué y en quién (recursos)³¹. Está previsto que el seguimiento y el examen se basen en un conjunto de indicadores y datos mundiales que se complementarán con indicadores regionales y nacionales. La Agenda 2030 formula compromisos con datos “de alta calidad, accesibles, oportunos, fiables y desglosados”.

60. Los Estados deben velar por que los indicadores adoptados sean pertinentes para los derechos humanos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y reflejen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención sanitaria y los factores básicos determinantes de la salud. Deben establecerse mecanismos de gobernanza participativa para la recopilación y el análisis de datos desglosados y deben comunicarse eficazmente los datos a los responsables decisorios y la población general. Los Estados también deben utilizar metodologías innovadoras para hacer frente a las dificultades del tamaño de las muestras.

61. Los datos estadísticos son importantes, pero no bastan para la supervisión. Deben complementarse con información y datos cualitativos y un análisis de los mecanismos de supervisión de los derechos humanos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil. La supervisión debe centrarse no solo en los resultados, sino también en los procesos de desarrollo y en los garantes de derechos, incluidos los Estados, los donantes, el sector privado, las organizaciones internacionales y las organizaciones de la sociedad civil. La supervisión, incluidos los datos, debe incorporarse a los procesos de examen.

Examen

62. El examen supone analizar los datos para determinar si la salud ha mejorado y si todos los actores pertinentes han cumplido sus promesas y compromisos³¹. Será esencial que los procesos de examen vayan más allá del análisis de datos para evaluar si se han cumplido los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los compromisos del derecho a la salud.

63. Todavía se están desarrollando los arreglos de supervisión y examen a nivel mundial, regional y nacional. Serán esenciales exámenes de múltiples partes interesadas participativos, transparentes y periódicos. Una amplia variedad de mecanismos de examen deberían desempeñar un papel, entre otras cosas en los procesos políticos, administrativos, judiciales y cuasi judiciales. Los

³¹ Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, “Manteniendo promesas, evaluando los resultados” (OMS, 2011), p. 7.

mecanismos independientes a nivel nacional, regional e internacional también tienen un papel fundamental³².

64. El examen a nivel nacional y subnacional debe realizarse dentro de las estructuras y procesos nacionales existentes, entre ellos las instituciones nacionales de derechos humanos, los procesos de examen de políticas, las auditorías integrales de muertes maternas, los tribunales de derechos de los pacientes y la litigación³³. Por ejemplo, las instituciones nacionales de derechos humanos rinden cuentas relativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud mediante la realización de evaluaciones e investigaciones nacionales, la participación en otros procesos de examen nacionales e internacionales y la oferta de asesoramiento a los gobiernos sobre la promoción y protección de los derechos en los planes nacionales de aplicación y sobre la aplicación basada en los derechos, entre otras cosas mediante el apoyo a la elaboración y el uso de evaluaciones de impacto en los derechos humanos³⁴.

65. Muchas de las dificultades y oportunidades para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible requieren cooperación internacional, respecto a lo cual los mecanismos mundiales o regionales de rendición de cuentas pueden estar mejor posicionados para examinar los avances que los mecanismos nacionales. Los mecanismos de examen regionales y mundiales deberían controlar si los Estados miembros han cumplido no solo sus obligaciones nacionales relacionadas con el derecho a la salud en el contexto de los Objetivos, sino también sus obligaciones de cooperación internacional, entre otras cosas a través de acuerdos de cooperación para el desarrollo y comerciales. Los mecanismos regionales y mundiales también deben encontrar una forma de exigir cuentas al sector privado, las organizaciones internacionales y la sociedad civil.

66. El foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible es el órgano central de examen mundial definido por la Agenda 2030 y tiene el mandato de llevar a cabo exámenes periódicos y exámenes temáticos y transversales. Al Relator Especial le preocupa que el foro político de alto nivel solo se reúna ocho días al año y no esté dotado de recursos suficientes. Además, la presentación de informes al foro político de alto nivel es voluntaria.

67. Otro mecanismo fundamental es el Grupo Independiente sobre la Rendición de Cuentas, nombrado a principios de 2016, que supervisará los avances en la

³² Paul Hunt, “SDGs and the importance of formal independent review: an opportunity for health to lead the way”, *Health and Human Rights Journal*, blog SDG Series, 2 de septiembre de 2015. Disponible en www.hhrjournal.org/2015/09/sdg-series-sdgs-and-the-importance-of-formal-independent-review-an-opportunity-for-health-to-lead-the-way.

³³ Rebecca Brown, “Leaving no one behind: human rights and accountability are fundamental to addressing disparities in sexual and reproductive health”, *Health and Human Rights Journal*, blog SDG Series, 7 de septiembre de 2015. Disponible en www.hhrjournal.org/2015/09/sdg-series-leaving-no-one-behind-human-rights-and-accountability-are-fundamental-to-addressing-disparities-in-sexual-and-reproductive-health.

³⁴ Steven L. B. Jensen, Allison Corkery y Kate Donald, “Realizing rights through the Sustainable Development Goals: the role of national human rights institutions”, Briefing Paper, junio de 2015. Disponible en www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/research/nhri_briefingpaper_may2015.pdf.

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. El Relator Especial acoge con satisfacción el nombramiento del Grupo y seguirá su trabajo con interés.

68. Los mecanismos internacionales de derechos humanos, incluido el examen periódico universal y mecanismos independientes como los órganos creados en virtud de tratados y los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, deberían estudiar el papel que pueden desempeñar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el apoyo a la realización del derecho a la salud y eliminar los obstáculos al disfrute de este derecho que surgen en el contexto de los Objetivos. El foro político de alto nivel y el Grupo Independiente sobre la Rendición de Cuentas deberían tener en cuenta los exámenes realizados por estos organismos y viceversa.

69. A nivel nacional, y cada vez más a nivel regional y mundial, los exámenes judiciales y cuasi judiciales desempeñan un papel en el apoyo a la rendición de cuentas relativa al derecho a la salud, entre otras cosas en cuestiones centrales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como el VIH/SIDA y la mortalidad materna. La litigación puede desempeñar un papel especial y potencialmente transformador cuando se haya vulnerado el derecho a la salud.

Vías de recurso y reparación

70. Las vías de recurso y la reparación son una dimensión esencial de la rendición de cuentas relativa a los derechos humanos, pero se ignoran completamente en la Agenda 2030. Las vías de recurso pueden entenderse como medidas para enderezar las cosas, lo máximo posible, si no han ido como se había prometido o planificado³⁵. Cuando los Estados no cumplen sus obligaciones de derechos humanos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los garantes de derechos tienen la obligación de actuar.

71. La satisfacción y las garantías de no repetición son esenciales para asegurar la no repetición e incluyen, a nivel nacional y subnacional, actos legislativos, vías de recurso judicial y reparación, mecanismos de supervisión y cumplimiento, mejoras en la formulación de políticas, presupuestos y planificación y formación sobre derecho a la salud de los correspondientes garantes de derechos. Los procesos de examen deben formular recomendaciones respecto a estas vías de recurso y los garantes de derechos deben responder a ellas. Al mismo tiempo, debe haber vías de recurso a disposición de las personas cuyo derecho a la salud se ha vulnerado. Algunas soluciones jurídicas, como el resarcimiento, la rehabilitación y la indemnización, se centran en reparar el daño ocasionado a una persona o grupo de titulares de derechos. Las vías de recurso judiciales son extremadamente importantes para reparar las infracciones y los Estados y otros actores deben aplicar las recomendaciones pertinentes.

³⁵ Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, “A review of global accountability mechanisms”, en *Maternal Mortality, Human Rights and Accountability*, Paul Hunt y Tony Gray, eds. (Abingdon (Reino Unido), Routledge, 2013).

Papel de los actores de la sociedad civil

72. La rendición de cuentas depende no solo de mecanismos sólidos de supervisión y examen, sino también del compromiso y la participación significativos de la sociedad civil. Los actores de la sociedad civil relacionados con los derechos humanos y la salud deben respaldar la rendición de cuentas relativa a los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante la supervisión, la presentación de informes, la promoción, la colaboración con procesos de examen nacionales, regionales e internacionales y la litigación. Los Estados y la comunidad internacional deben crear un espacio para que la sociedad civil participe en los procesos de examen pertinentes y velar por que estos procesos sean transparentes y accesibles. La implicación de los actores de la sociedad civil es esencial; sin ellos, la Agenda 2030 no será más que una promesa vacía.

73. La oferta de oportunidades para que los grupos desfavorecidos y marginados participen plenamente en los arreglos de rendición de cuentas será esencial para garantizar sus derechos humanos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

C. Cobertura sanitaria universal

74. La cobertura sanitaria universal es una dimensión fundamental del compromiso de la Agenda 2030 relativo al logro de una vida sana y bienestar para todos a todas las edades. El Objetivo 3 incluye el compromiso explícito de “lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (meta 3.8) y “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (meta 3.7).

75. La intersección de la cobertura sanitaria universal y los derechos humanos es un tema amplio y complejo que, desde la perspectiva del derecho a la salud, debería incluir una serie de elementos, como el papel del sector privado y las instituciones financieras internacionales. El Relator Especial tiene previsto dedicar espacio a la cobertura sanitaria universal en su futuro trabajo y, en el presente informe, simplemente indicará una serie de características necesarias para establecer una cobertura sanitaria universal basada en los derechos.

76. La cobertura sanitaria universal se ha tildado de “expresión práctica” del derecho a la salud³⁶. En efecto, es una obligación básica del derecho del niño a la salud³⁷. Pero no todas las vías hacia la cobertura sanitaria universal son coherentes con los requisitos de derechos humanos. Las metas 3.7 y 3.8 no formulan el compromiso explícito de dar prioridad a los pobres y marginados en el proceso de ampliación de la cobertura o en el establecimiento de prioridades respecto a los servicios que deben prestarse. Sin este compromiso claro, existe el riesgo de que las

³⁶ OMS, “El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015”, documento de debate de la OMS, octubre de 2012.

³⁷ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15, párr. 73.

iniciativas relacionadas con la cobertura sanitaria universal blinden la desigualdad. Por ejemplo, en los países que carecen de sistemas de salud sólidos, puede que los Gobiernos sigan estrategias que den prioridad a la ampliación a grupos en posiciones privilegiadas, como aquellos que trabajan en el sector formal, donde ya existen infraestructuras y regímenes de seguro nacional o privado oportunistas. Asimismo, los países con una cobertura sanitaria centralizada y expansiva pronto podrían proclamar el logro de la cobertura sanitaria universal, aunque se deje a algunos de sus subgrupos más vulnerables con una atención sanitaria abusiva, coercitiva y de mala calidad³⁸.

77. La priorización y la participación de los más vulnerables del mundo es esencial para definir y lograr una cobertura sanitaria universal equitativa. También es coherente con las obligaciones básicas en virtud del derecho a la salud de garantizar el acceso a los servicios de salud sin discriminación y adoptar medidas deliberadas, selectivas y concretas para garantizar la materialización efectiva de esta garantía, especialmente para los más marginados³⁹. Asimismo, los Estados tienen la obligación básica de garantizar una participación eficaz y significativa en la elaboración de los planes nacionales de salud, incluidas las estrategias de cobertura sanitaria universal, que asegure como mínimo la incorporación de las opiniones de los pobres y los más marginados. Si no se da prioridad a los más rezagados y no se establecen inmediatamente estrategias progresivas de ampliación de la cobertura para los más marginados con su participación activa, existe un riesgo real de que esta meta no se cumpla para 2030.

Hacia una cobertura sanitaria universal basada en los derechos

78. El Relator Especial desea hacer hincapié en que la cobertura sanitaria universal debe entenderse como algo coherente con el derecho a la salud. Si bien algunos componentes de las metas 3.7 y 3.8, a saber, cobertura universal, protección contra riesgos financieros, acceso a servicios de atención sanitaria esenciales de calidad, acceso a medicamentos y vacunas esenciales, seguros, eficaces, asequibles y de calidad, y acceso universal a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, pueden entenderse como coherentes con el derecho a la salud, ocultan normas vitales de este derecho⁴⁰.

79. La cobertura sanitaria universal no puede lograrse sin cumplir los requisitos básicos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en el marco del derecho a la salud. Entre otras cosas, los servicios deben ser *accesibles* desde el punto de vista geográfico de forma segura y sin discriminación. El derecho a la salud exige que los servicios esenciales incluyan los de las poblaciones con necesidades especiales, como servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a las necesidades de las mujeres, las niñas, incluidas las niñas con discapacidad, y las personas transgénero. Los servicios de salud y el acceso a los factores básicos determinantes también deben ser económicamente accesibles. Aunque exista un acceso generalizado a los servicios de salud, el derecho a la salud exige que sean de

³⁸ Oxfam International, *Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving the Poor Behind*, Briefing Paper, núm. 176 (Oxford, 2013).

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20.

⁴⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párrs. 43 y 44, y observación general núm. 22, párr. 49 c), e) y f).

calidad suficiente, entre otras cosas con buenas condiciones de trabajo, y adecuados desde el punto de vista médico y científico.

80. El derecho a la salud también requiere la supervisión de los avances hacia la cobertura sanitaria universal para evaluar quién está cubierto; qué servicios están cubiertos; y el grado de protección financiera, con datos desglosados para medir los avances en los sectores y grupos. Centrarse en los promedios de cobertura (indicador 3.8.1) sin desglosar los datos puede enmascarar la exclusión, especialmente de los más marginados. El uso de la cobertura del seguro como indicador indirecto de la protección financiera (indicador 3.8.2) no aborda la repercusión empobrecedora de los gastos de salud⁴¹.

81. El avance hacia la cobertura sanitaria universal requiere una realización progresiva a largo plazo del derecho a la salud que incluya trabajo en numerosos sectores a nivel local, nacional e internacional. El Grupo Consultivo de la Organización Mundial de la Salud sobre la Equidad y la Cobertura Sanitaria Universal ha propuesto una estrategia en tres partes para que los países logren progresivamente una cobertura sanitaria universal coherente con los principios de equidad y el derecho a la salud, que incluye dar prioridad a los que están peor, ampliar la cobertura a todos y reducir los pagos directos, garantizando al mismo tiempo que no se deje atrás a los grupos desfavorecidos⁴².

82. El derecho a la salud reconoce la importancia de priorizar las inversiones en atención primaria y preventiva, que beneficia a un sector mucho más amplio de la población, por encima de los servicios de salud especializados demasiado costosos, con frecuencia accesibles a solo un pequeño sector privilegiado de la población. La inversión en servicios de atención primaria evita enfermedades, fomenta la salud mental y física y reduce a su vez la necesidad de atención especializada.

Protección contra riesgos financieros

83. En muchos países, los pagos directos, como las tasas para usuarios y los copagos, las tasas para tratamientos y las tasas indirectas relacionadas con los gastos de procuración de atención sanitaria, como los gastos de transporte, crean importantes obstáculos a la atención sanitaria.

84. Estos gastos a menudo tienen un efecto considerable y desproporcionado en los pobres, que pagan una proporción considerablemente mayor de sus ingresos totales en salud. A su vez, sumen a muchos hogares en la pobreza o agudizan la pobreza de los ya pobres. Estas tasas podrían impedir que quienes no tienen medios para pagar reciban atención necesaria y disuadir a las personas de buscar asistencia en primer lugar.

⁴¹ Audrey R. Chapman, “The problems with the proposed indicators for monitoring universal health coverage in the SustainableDevelopment Goals”, *Health and Human Rights Journal*, blog, 17 de marzo de 2016.

⁴² OMS, *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage* (Ginebra, 2014).

85. Los pagos directos privados representan alrededor del 50% del gasto total de salud en países donde más del 50% de la población vive con menos de 2 dólares al día. Son en realidad los más pobres y necesitados los que sufren estos pagos⁴³. La cobertura sanitaria universal coherente con el derecho a la salud exige establecer un sistema financiero que sea equitativo y preste especial atención a los pobres y a otras personas incapaces de pagar los servicios de salud, como los niños y los adolescentes.

Dejar atrás el modelo biomédico de salud

86. Los Estados no cumplirán el Objetivo 3 sin el firme compromiso de abordar los factores sociales y psicosociales determinantes de la salud y las desigualdades de ingresos, educación, condiciones de vida y trabajo y distribución de recursos. La cobertura sanitaria universal no debe limitarse a intervenciones biomédicas como los medicamentos y las vacunas, sino que debe incluir también intervenciones modernas que vayan más allá del modelo biomédico, entre ellas intervenciones psicosociales y de otra índole que aborden las barreras estructurales y ambientales a la salud. Estas intervenciones deben respaldarse y financiarse como intervenciones eficaces y esenciales, a la par con las intervenciones biomédicas, y no deben considerarse un lujo disponible solo para los países ricos.

87. La Agenda 2030 afirma que la cobertura sanitaria universal y el acceso a la atención sanitaria de calidad son necesarios para fomentar la salud mental y el bienestar con una meta específica para lograrlos. Se trata de un avance positivo, pero no aborda la necesidad extremadamente insatisfecha de servicios de salud mental basados en los derechos⁴⁴. La falta de voluntad política a la hora de abordar la salud mental como prioridad emergente ha llevado a una situación inaceptable con dos escenarios igual de perjudiciales: los servicios de salud mental no están disponibles para muchas personas que los necesitan o, cuando existen, con demasiada frecuencia vulneran los derechos de las personas que reciben atención. Lamentablemente, en muchos lugares del mundo, todo el ámbito de la salud mental sigue siendo rehén de actitudes discriminatorias obsoletas que se reflejan en la falta de voluntad política para invertir en medicina social comunitaria y psiquiatría social con un enfoque moderno de salud pública basado en los derechos humanos (A/HRC/29/33, párrs. 74 a 84).

88. La atención de la salud mental se ha abordado principalmente como gestión de las afecciones médicas con medicamentos psicotrópicos e internamiento, demasiado a menudo sin el consentimiento de la persona. El avance en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal brinda una buena oportunidad para pasar a una atención de la salud mental que esté libre de políticas y prácticas obsoletas. Las intervenciones psicosociales y de salud pública que empoderan a las personas, aumentan su resiliencia y abordan factores estructurales (como la violencia) que contribuyen a las enfermedades mentales son el estándar de la atención, en pie de igualdad con el suministro de medicamentos adecuados y de alta calidad. Deben considerarse parte de la atención primaria de la salud comunitaria y parte integral de la cobertura sanitaria universal.

⁴³ OIT, *Addressing the global health crisis: universal health protection policies*, Social Protection Policy Papers, núm. 13 (Ginebra, 2014).

⁴⁴ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (Ginebra, 2013).

Fortalecimiento de los sistemas de salud

89. La consecución de la cobertura sanitaria universal requiere la existencia de una capacidad suficiente de trabajadores sanitarios bien formados para atender las necesidades de los pacientes. La fuerza de trabajo sanitaria mundial es demasiado pequeña y está distribuida de forma desigual dentro de los países y entre ellos, siendo los países y comunidades más pobres los que tienen menos trabajadores. Las malas condiciones de trabajo y la baja remuneración contribuyen a una “fuga de aptitudes” de profesionales sanitarios que menoscaba el derecho a la salud en las comunidades y países que dejan atrás, lo que afecta desproporcionadamente a las personas con finanzas o acceso a la atención sanitaria limitados (A/60/348, secc. IV).

90. El fortalecimiento de los sistemas de salud, entre otras cosas invirtiendo en formación, contratación y retención de la fuerza de trabajo sanitaria (meta 3.c) protegiendo sus derechos y mejorando sus salarios y condiciones de trabajo, es esencial para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (véase A/60/348).

D. La violencia como problema de salud pública en los Objetivos de Desarrollo Sostenible

91. La lucha contra la violencia es transversal a todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible y es fundamental para la realización del derecho a la salud. Los Objetivos conciben un “mundo sin miedo y violencia” e incluyen compromisos específicos para eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado (meta 5.2); eliminar todas las prácticas nocivas, incluido el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital (meta 5.3), reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo (meta 16.1); y poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños (meta 16.2). Los Objetivos también incluyen un compromiso para desarrollar la capacidad de prevención de la violencia (meta 16.a). Además, varios Objetivos abordan los factores de riesgo vinculados a la violencia, entre ellos poner fin a la pobreza (Objetivo 1), garantizar una vida sana y fomentar el bienestar (Objetivo 3), garantizar una educación de calidad (Objetivo 4), reducir las desigualdades (Objetivo 10) y hacer que las ciudades y asentamientos sean seguros (Objetivo 11). Como se reconoce en los Objetivos, la reducción y la eliminación de la violencia son esenciales para transformar el mundo en una comunidad mundial pacífica e inclusiva.

92. La violencia es un fenómeno de salud pública complejo y multidimensional que afecta a los resultados de mortalidad, salud mental, salud sexual y reproductiva y enfermedades infecciosas y no transmisibles en todo el planeta⁴⁵. La reducción o la eliminación de la violencia en el hogar, en los entornos médicos y educativos y en la sociedad general es un requisito indispensable para la realización del derecho a la salud. La violencia es uno de los obstáculos y de los determinantes más apremiantes del derecho a la salud.

⁴⁵ OMS, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y PNUD, *Global Status Report on Violence Prevention 2014* (Ginebra, OMS, 2014).

93. Existen muchas formas de violencia. El abuso y el abandono de menores, la violencia doméstica entre una pareja sentimental y el suicidio son formas interpersonales de violencia. Los conflictos armados, la violencia perpetrada por el Estado, el terrorismo y la delincuencia organizada violenta son formas de violencia colectiva. Aunque a menudo se consideran fenómenos separados y se estudian como tal, las formas interpersonales y colectivas de violencia comparten factores de riesgo y protección comunes y deben abordarse como fenómenos interrelacionados⁴⁵. Algunos de estos factores de riesgo comunes son las desigualdades sociales, económicas y de género (Objetivos 1 a 17), asimetrías de poder, tanto en la familia como en la comunidad (Objetivos 1, 5 y 16), y falta de confianza y respeto mutuos. Ambas formas de violencia intensifican el entorno de riesgo para la perpetración de violaciones de los derechos humanos y abusos, especialmente hacia los grupos percibidos como vulnerables (Objetivos 3, 5 y 10).

94. Hasta la fecha, el enfoque de reducción de la violencia ha estado fragmentado, compartimentalizando distintas formas de violencia. Cabe señalar que muchas formas de violencia sigue siendo toleradas por las sociedades e incluso apoyadas por los Estados. Por ejemplo, la violencia contra las mujeres y los niños sigue siendo aceptada en muchas sociedades como norma cultural. El cuidado institucional de niños pequeños, un claro acto de violencia contra los niños, sigue siendo generalizado en muchos países. En todo el mundo, muchos grupos en situaciones vulnerables, incluidas las mujeres, las personas con discapacidad, los migrantes y refugiados y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, sufren numerosas formas de violencia. Cada ejemplo es también una violación de varios derechos humanos protegidos por el derecho internacional, entre ellos el derecho a la salud.

95. El enfoque holístico de lucha contra la violencia es coherente con el objetivo de aplicar colectivamente las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a la violencia de toda la agenda. También está en consonancia con la naturaleza indivisible e interrelacionada de los derechos humanos. Desde una perspectiva de derechos humanos y salud pública, la violencia debe abordarse de manera integral, incluidas las obligaciones de eliminar la violencia en los entornos sanitarios, abordar la forma en que los factores estructurales, como las leyes y las políticas, institucionalizan la violencia y eliminar la violencia contra las mujeres y los niños⁴⁶. El derecho a la salud también incluye el derecho de acceso seguro a la atención sanitaria y a un entorno seguro. Cabe destacar que los niños y los adolescentes tienen derecho a no sufrir violencia y a un desarrollo saludable⁴⁷.

⁴⁶ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 19 1); Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 7 a) a c); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 19, párrs. 1 y 7; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párrs. 10 y 12 b); y [A/HRC/22/53](#), párr. 84.

⁴⁷ Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 6, 19 1) y 24; y Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 7 a) a c).

96. Puesto que a la comunidad mundial le preocupa el aumento de la prevalencia de la violencia colectiva, incluido el extremismo violento, es importante señalar cómo la relación entre la violencia colectiva y las formas interpersonales de violencia puede reforzarse y alimentarse entre sí. Por ejemplo, la violencia contra los niños en las familias puede llevar a una elevada prevalencia de violencia juvenil y contribuir al fenómeno del extremismo violento⁴⁵. La prohibición de la expresión de emociones a los niños desde una edad temprana, aplicando un entendimiento tóxico y primitivo de la masculinidad, se ha vinculado a actos de extrema violencia de jóvenes y ha reforzado una tendencia a unirse a grupos y movimientos involucrados en violencia colectiva.

97. Las estrategias de prevención de la violencia conformes a los derechos requieren un enfoque moderno de salud pública, dejando atrás el brutal e ineficaz legado de medios retributivos y punitivos para frenar la violencia. Estos enfoques apuntan a una inversión en relaciones interpersonales sanas, no violentas y respetuosas. Pueden incluir varias intervenciones psicosociales, como la formación de padres para que críen a sus hijos de forma no violenta, los programas contra el acoso escolar en las escuelas y el empoderamiento de las personas en situaciones vulnerables⁴⁸. A través de estas intervenciones se aprovechan y promueven los factores de resiliencia y protección de las personas, las familias y las comunidades.

98. La lucha proactiva contra la violencia como problema de salud pública puede poner fin al círculo vicioso de violencia, pobreza y desamparo. Para ello, es esencial dar prioridad a la inversión en relaciones humanas sanas, bienestar social y emocional y capital social.

V. Conclusiones y recomendaciones

99. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible reflejan un compromiso político sin precedentes que ofrece oportunidades para la realización del derecho a la salud y otros derechos humanos. Sin embargo, para hacer realidad este compromiso político, las promesas deben fundamentarse firmemente en el derecho internacional de los derechos humanos y las obligaciones jurídicamente vinculantes de promover y proteger los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

100. La Agenda 2030 hace un firme llamamiento para “asegurar que nadie se quede atrás” y “llegar primero a los más rezagados”. Esto refleja la necesidad de abordar seriamente las inequidades, la desigualdad y la discriminación como grandes amenazas al desarrollo mundial, que resulta de vital importancia para la realización efectiva del derecho a la salud.

⁴⁸ UNODC, “Compilation of evidence-based family skills training programmes”. Disponible en www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf.

101. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el marco del derecho a la salud tienen mucho que ofrecerse entre sí. Cabe destacar que, cuando los Objetivos relacionados con la salud muestran debilidad y falta de claridad respecto a la aplicación, el derecho a la salud será una poderosa herramienta para garantizar la consecución eficaz y equitativa de los Objetivos. La integración de la equidad, la no discriminación y la igualdad, la participación y la rendición de cuentas en la aplicación de la Agenda 2030 aprovecha firmemente el valor normativo de los derechos humanos, situándolos en el centro de los Objetivos.

102. La Agenda 2030 brinda impulso para allanar el camino, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, a las inversiones sostenibles en políticas modernas de salud pública y romper el círculo vicioso de pobreza, inequidades, exclusión social, discriminación y violencia. Los Estados y otros actores que aplican los Objetivos de Desarrollo Sostenible no deben verse tentados a poner el punto de mira en lo más fácil a costa de los más marginados y vulnerables.

103. Como prioridad, el Relator Especial recomienda que:

a) Los Estados Miembros velen por el pleno cumplimiento de los principios y el derecho universal de los derechos humanos y se abstengan de aplicar enfoques selectivos de defensa del derecho a la salud y los derechos humanos conexos al elaborar estrategias para la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

b) Los Estados Miembros garanticen la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a través del examen de los marcos jurídicos y normativos nacionales y locales existentes para evaluar su compatibilidad con el derecho a la salud y velen por que las leyes, las políticas y los programas nacionales incluyan medidas específicas para apoyar entornos jurídicos y normativos propicios, prestando atención al estado de derecho, la gobernanza sanitaria, el cumplimiento de la ley y el acceso a la justicia;

c) Los Estados Miembros actúen de conformidad con sus obligaciones de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud en todas sus iniciativas destinadas a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible y no solo el Objetivo 3;

Asegurar que nadie se quede atrás

d) Los Estados Miembros prohíban explícitamente la discriminación por cualquier motivo que tenga la intención o el efecto de anular u obstaculizar el disfrute o el ejercicio igualitario del derecho a la salud y, en este sentido, examinen las leyes, políticas y prácticas existentes con el objetivo de eliminar las que sean discriminatorias por naturaleza y práctica y obstruyan la aplicación de los principios fundamentales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

e) Los Estados Miembros determinen las disparidades y den prioridad a los más vulnerables mediante la recopilación y el desglose de datos relacionados con la salud, utilizando métodos tanto cualitativos como

cuantitativos, para supervisar los avances y apoyar el examen y la rendición de cuentas en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

f) Los Estados Miembros garanticen, a través de medidas jurídicas y normativas concretas, el empoderamiento de los titulares de derechos, en particular los que se encuentran en situaciones más vulnerables, para participar en el diseño, la aplicación y la supervisión de las leyes, políticas y prácticas relevantes para la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la realización del derecho a la salud;

g) Los Estados Miembros eliminen todas las medidas que restringen el espacio de la sociedad civil y garanticen entornos seguros y propicios para los actores de la sociedad civil con el fin de garantizar una asociación fructífera y respetuosa con el Estado;

Cobertura sanitaria universal

h) Los Estados Miembros utilicen el marco del derecho a la salud para elaborar planes nacionales destinados a fortalecer los sistemas de salud y establecer prioridades abordando las desigualdades, que es el objetivo principal de la cobertura sanitaria universal;

i) Los Estados Miembros inviertan en sistemas de atención sanitaria eficaces, transparentes y responsables, centrándose en la atención primaria de la salud y la promoción de la salud, y aborden los desequilibrios y las asimetrías de poder dentro y fuera de los sistemas de salud en todas las decisiones encaminadas a lograr la cobertura sanitaria universal;

j) Los Estados Miembros cumplan las obligaciones inmediatas o básicas en virtud del derecho a la salud de garantizar el acceso a los servicios de salud sin discriminación y adopten medidas deliberadas, selectivas y concretas para garantizar la realización efectiva de este derecho, especialmente entre los más marginados;

k) Los Estados Miembros velen por que la atención prestada a la exclusión financiera no ignore la cuestión, igualmente importante, de la discriminación por otros motivos, como la raza, el color, el sexo, la región, la propiedad, el nacimiento, la discapacidad física y mental, el estado de salud (incluido el VIH/SIDA), la orientación sexual y la identidad de género, la edad y la condición civil, política, social o de otra índole;

l) Los Estados Miembros se planteen ampliar el enfoque de la inversión en salud física y reducción de la mortalidad —tradicionalmente basado en factores determinantes de la salud clásicos como la pobreza, la educación, la vivienda y el agua y el saneamiento— para abordar otros factores determinantes, incluida la calidad de los entornos físicos y psicosociales;

m) Los Estados Miembros velen por que la atención prestada al acceso a medicamentos esenciales y otras intervenciones vitales no ignore las intervenciones no biomédicas, igualmente importantes, incluidas las intervenciones psicosociales, que fomentan la salud mental y física y el bienestar, reducen la violencia y contribuyen a la realización del derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

n) Los Estados Miembros velen por que la atención prestada al suministro de una asistencia sanitaria accesible y gratuita para todos y la eliminación de la brecha de tratamiento no menoscabe la necesidad de proteger y vigilar los derechos humanos en la atención al paciente, para que los servicios de atención sanitaria estén exentos de discriminación y violencia;

Violencia

o) Los Estados Miembros garanticen un compromiso político, a todos los niveles, para lograr un entendimiento y un acuerdo comunes acerca de que todas las formas de violencia, no solo las más graves, no se aceptan y no deben tolerarse, sin excepciones;

p) Los Estados Miembros velen por que las políticas relacionadas con la salud y otras políticas que luchan contra la violencia lo hagan abordando todas las formas de violencia y eviten excepciones o enfoques selectivos que condonan o toleran determinadas formas de violencia;

q) Los Estados Miembros garanticen inversiones sustanciales en relaciones humanas sanas, bienestar emocional y social y capital social, empezando por intervenciones que aborden las interacciones entre bebés y padres en la primera infancia y a lo largo de todo el ciclo de la vida;

r) Los Estados Miembros prioricen los recursos humanos y financieros para abordar todas las formas de violencia como problema de salud pública, especialmente en las políticas y servicios para la infancia y la familia, y velen por que estas intervenciones se consideren prioritarias en las políticas relacionadas con la salud y se integren en el marco de la cobertura sanitaria universal;

s) Los Estados Miembros cumplan las obligaciones derivadas del marco del derecho a la salud de abordar la violencia, utilizando intervenciones modernas de salud pública, especialmente en relación con los niños y adolescentes y, para ello, adopten medidas jurídicas y normativas destinadas a eliminar todas las formas de violencia contra los niños;

Rendición de cuentas

t) Los Estados Miembros se aseguren de que el foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible se reúna con la frecuencia necesaria y esté dotado de recursos financieros suficientes y especialización pertinente y que los Estados informen con carácter periódico tras llevar a cabo un seguimiento y exámenes participativos a nivel nacional. El foro político de alto nivel debe tener en cuenta los exámenes realizados por los mecanismos internacionales de derechos humanos, como el examen periódico universal, los órganos creados en virtud de tratados y los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos;

u) Los procedimientos de derechos humanos de las Naciones Unidas, como el examen periódico universal, los órganos creados en virtud de tratados y los procedimientos especiales, exijan cuentas a los Estados por el derecho a la

salud en el contexto de las actividades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

v) Los Estados Miembros velen, a nivel nacional, por el funcionamiento de una amplia gama de procesos de rendición de cuentas, incluidos mecanismos judiciales, cuasi judiciales, políticos y administrativos, y se aseguren de que sean transparentes, accesibles, participativos y eficaces;

w) Los Estados Miembros velen por la recopilación de datos oportunos y de alta calidad relativos a los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se desglosen en consonancia con los “estratificadores” definidos en la Agenda 2030 y conforme a otras variables según proceda en el contexto sanitario de los distintos países, con el fin de hacer visible la realidad y las necesidades de las poblaciones marginadas;

x) Los Estados Miembros velen por que los datos se recopilen y analicen de manera transparente y se faciliten y sean accesibles a todas las partes interesadas pertinentes;

y) Las instituciones nacionales de derechos humanos colaboren para apoyar la rendición de cuentas relativa a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por ejemplo realizando evaluaciones o investigaciones nacionales y ofreciendo asesoramiento a los responsables políticos.