



Asamblea General

Distr. general
4 de diciembre de 2012
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

22º período de sesiones

Temas 2 y 3 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del
Alto Comisionado y del Secretario General**

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

Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud

Resumen

A pesar de los avances, la salud infantil sigue siendo motivo de importante preocupación en todo el mundo. El presente informe expone los principales problemas de salud que afectan a los niños. Contiene un análisis de las obligaciones de los Estados y otros titulares de deberes en relación con el derecho del niño a la salud, y recomendaciones para velar por que se haga efectivo dicho derecho. El informe hace hincapié en que la supervivencia, protección, crecimiento y desarrollo del niño en buenas condiciones de salud física y emocional son las bases de la dignidad humana y de los derechos humanos.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–2	3
II. La salud del niño, una prioridad mundial.....	3–8	3
III. Marco jurídico internacional	9–25	4
IV. Cuestiones de salud infantil que exigen atención.....	26–66	8
A. Embarazo, parto y atención posnatal	28–32	8
B. Mortalidad infantil.....	33–39	9
C. Malnutrición	40–45	10
D. Prácticas dañinas	46–47	11
E. Salud sexual y reproductiva.....	48–53	11
F. Violencia	54–56	12
G. Lesiones, accidentes y discapacidad.....	57–59	13
H. Salud mental	60–62	13
I. Uso de sustancias.....	63–66	14
V. Medidas de aplicación.....	67–88	15
A. Rendición de cuentas.....	67–68	15
B. Sistemas de atención de la salud.....	69–77	15
C. Leyes y políticas.....	78–80	17
D. Registro de nacimientos.....	81–82	17
E. Padres y cuidadores	83–84	17
F. Educación	85–87	18
G. Cooperación internacional.....	88	18
VI. Recomendaciones	89–109	19

I. Introducción

1. Este informe se presenta al Consejo de Derechos Humanos en virtud de la resolución 19/37, en la que el Consejo invitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) a que elaborase un informe sobre la cuestión, en estrecha colaboración con los interesados pertinentes, entre ellos los Estados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros órganos y organismos de las Naciones Unidas relevantes, los titulares de mandatos de procedimientos especiales pertinentes, las organizaciones regionales y los órganos de derechos humanos, la sociedad civil, las instituciones nacionales de derechos humanos y los propios niños, y lo presentase al Consejo de Derechos Humanos en su 22º período de sesiones, que sirviese de base para el día de debate anual sobre los derechos de los niños.

2. En total se recibieron con destino al estudio 112 aportaciones de Estados, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales e instituciones nacionales de derechos humanos y académicas. Los días 30 y 31 de octubre de 2012, el ACNUDH organizó una consulta de expertos para recabar las aportaciones de los interesados. En la preparación del presente informe se utilizaron el *corpus* de información obtenido a partir de las comunicaciones escritas, un documento de investigación y las opiniones de los expertos que participaron en la consulta¹.

II. La salud del niño, una prioridad mundial

3. El derecho a la salud es un derecho humano universal reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Hacer efectivo el derecho del niño a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención. La supervivencia, protección, crecimiento y desarrollo del niño en buenas condiciones de salud física y emocional son las bases de la dignidad humana y de los derechos humanos.

4. La infancia es un momento único de crecimiento y desarrollo, pero también una etapa en la que el niño puede verse afectado por graves problemas de salud. Formas de conducta de riesgo y experimentación asociadas a la adolescencia pueden también tener graves consecuencias para la salud.

5. Es importante contemplar la salud infantil desde una perspectiva de todo el curso vital, coherente con un enfoque basado en los derechos, comenzando por la etapa neonatal hasta la infancia, y de ahí hasta la adolescencia y la edad adulta. Se ha reducido la mortalidad infantil, pero sigue siendo inaceptablemente elevada; 6,9 millones de niños mueren cada año antes de su quinto cumpleaños. Además, se calcula que 2,6 millones de personas de entre 10 y 24 años mueren anualmente. La mayoría de esas muertes pueden prevenirse.

6. La carga que supone la morbilidad infantil constituye otra preocupación importante. Los patrones de enfermedad varían según el género, la edad, la geografía y otras categorías. Además, determinados grupos de niños, especialmente los que se encuentran en las circunstancias más difíciles, requieren una atención especial. Tomar conocimiento de las

¹ Si se desea más información véase www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/righttohealthindex.aspx.

variaciones que presentan los patrones de enfermedad es esencial para diseñar respuestas adecuadas a las necesidades del niño.

7. Las enfermedades infantiles pueden también tener secuelas bien entrada la edad adulta, y los modelos de conducta desarrollados durante la infancia pueden prolongarse hasta dicha edad. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de todas las enfermedades que afectan a los adultos se asocian a enfermedades o formas de conducta que se iniciaron en la juventud, como el tabaquismo, los malos hábitos nutricionales, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. Además, también hay que tener presentes los peligros y riesgos de la contaminación ambiental local para la salud del niño.

8. Las comunicaciones recibidas y los debates celebrados durante la consulta de expertos confirmaron que, a pesar de los avances, la salud infantil sigue siendo motivo de importante preocupación en todo el mundo. Algunas áreas en las que la inquietud es generalizada exigen atención especial, en particular la malnutrición, la violencia, las lesiones y los accidentes, la salud mental, el uso de sustancias, la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, y la educación que redunde en una conducta saludable. En contextos de limitación de recursos, deberá darse prioridad y una especial atención a la neumonía, la diarrea y otras enfermedades transmisibles.

III. Marco jurídico internacional

9. La Convención sobre los Derechos del Niño, el principal instrumento internacional para la promoción y protección de los derechos del niño, es de aplicación a los niños en cualquier circunstancia. Los niños en todas partes, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo o en los países inmersos en conflictos, tienen derecho a la misma protección de sus derechos, incluido el derecho a la salud. De conformidad con el artículo 1 de la Convención, el derecho del niño a la salud se aplica a cualquier ser humano que no haya cumplido los 18 años de edad.

10. Al margen de la Convención sobre los Derechos del Niño y de los Protocolos facultativos de la misma, todos los demás tratados básicos de derechos humanos que cuentan con disposiciones relacionadas con la salud, se aplican tanto a los adultos como a los niños y, en consecuencia, constituyen fuentes adicionales de orientación a la hora de hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Entre ellos están, entre otros, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativos al trabajo infantil, a saber el Convenio sobre la edad mínima de admisión al empleo, de 1973 (Nº 138) y el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, de 1999 (Nº 182).

11. El derecho a la salud es un derecho humano universal reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos y por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La interpretación del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño debe tener en cuenta la orientación proporcionada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general Nº 14, ya que algunas de las obligaciones del Estado en relación con la realización del derecho del niño a la salud coinciden con las obligaciones generales dimanantes del derecho universal a la salud. El derecho del niño a la salud es un derecho inclusivo que viene también

determinado por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

12. En el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes en la Convención reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. También se establece que los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Además, se pide a los Estados partes que adopten las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres, y combatir las enfermedades y la malnutrición. Los Estados partes también están obligados a asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, estén informados, tengan acceso a educación y reciban apoyo en relación con el uso de conocimientos básicos sobre salud y nutrición infantil, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y la prevención de accidentes. Además, los Estados partes deberán adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño.

13. El Comité de los Derechos del Niño suscita regularmente la cuestión del derecho del niño a la salud en su diálogo con los Estados partes, a los que formula recomendaciones a este respecto. El Comité también se refiere específicamente a este derecho en diversas de sus Observaciones generales, en particular las N^{os} 3 (VIH/SIDA), 4 (salud del adolescente), 7 (primera infancia), 13 (derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia), 12 (derecho del niño a ser escuchado) y 10 (derechos de los niños en la justicia juvenil).

14. La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce la interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos amparados en ella; la realización del derecho del niño a la salud es por lo tanto indispensable para el disfrute de todos los demás derechos, y el logro del derecho a la salud depende de la realización de muchos otros derechos amparados en la Convención. Un niño que está enfermo y no tiene acceso a servicios de atención de la salud es un niño que no puede ir a la escuela y al que se deniega en la práctica su derecho a la educación (art. 28). De forma similar, si no se hacen efectivos otros derechos expuestos en la Convención, como el derecho a no ser objeto de violencia (art. 19), ello tendrá un impacto inmediato y negativo en el derecho del niño a la salud. Otros derechos intrínsecamente vinculados a la realización del derecho a la salud son el derecho a la vida y el derecho a la no discriminación, así como el derecho a ser protegido frente a trabajos que probablemente sean perjudiciales para la salud del niño (art. 32), el derecho a no ser objeto de explotación sexual y de abusos sexuales (art. 34) y el derecho a no ser objeto de torturas o de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 37). El derecho al juego (art. 31) también pasa a ser esencial cuando se debate la salud del niño, ya que se ha demostrado que el juego es fundamental para la salud y el bienestar emocionales y físicos del niño.

15. De conformidad con la Observación general N^o 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho del niño a la salud no debe interpretarse como un derecho a estar saludable simplemente, sino más bien como el derecho a gozar de condiciones y servicios que le garanticen el disfrute del más alto nivel posible de salud en las circunstancias existentes. Dicho enfoque de la salud sitúa la realización del derecho a la salud en el contexto más amplio de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. La noción de "más alto nivel posible de salud" tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño como los recursos de que dispone el Estado, que se suplementan mediante recursos aportados por otras fuentes, entre ellas, las organizaciones no gubernamentales, la comunidad internacional y el sector privado.

16. El derecho del niño a la salud incluye un conjunto básico de libertades y derechos. Entre esas libertades, de importancia creciente a medida que aumentan también la capacidad y la madurez, está también la que ampara el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo. Los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan igualdad de oportunidades a cada niño para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Además de la provisión de información y servicios en materia de salud, el derecho al más alto nivel posible de salud impone, entre otras cosas, velar por el acceso a servicios y programas necesarios para abordar aquellos factores subyacentes que son determinantes para la salud.

17. Además, al hacerse efectivo cualquiera de los derechos amparados en la Convención, en particular el derecho a la salud, los cuatro principios generales que constituyen los pilares fundamentales de la Convención sobre los Derechos del Niño deben servir de orientación.

Igualdad y no discriminación

18. A fin de lograr la plena realización del derecho a la salud en beneficio de todos los niños, los Estados tienen la obligación de asegurar que la salud del niño no quede minada por la discriminación. En el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño figuran diversos motivos en razón de los cuales se prohíbe la discriminación, en particular la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. Entre estos motivos también están la orientación sexual y la condición de salud, en particular el VIH/SIDA y la salud mental. La discriminación basada en el género está especialmente extendida, y afecta a toda una gama de resultados, desde los desequilibrios en las ratio entre sexos hasta los estereotipos basados en el género y el acceso a servicios relacionados con la salud infantil. Debe prestarse atención también a las diferentes necesidades de los niños y las niñas y al impacto de las normas y valores sociales relacionados con el género. En muchos países, la desigualdad y la discriminación en razón del género influyen en el acceso de la niña a nutrición y a atención de la salud desde una edad muy temprana, lo que tiene un impacto duradero sobre su salud y desarrollo. De forma similar, la discriminación en razón de la orientación sexual y la identidad de género repercute negativamente en la materialización del derecho del niño a la salud.

19. Los niños constituyen una población heterogénea y sus prioridades en materia de salud varían, dependiendo de una serie de factores. Aparte de los motivos de discriminación prohibidos, es importante advertir la vulnerabilidad y la mala salud desproporcionadas que afectan a determinados grupos de niños. Debe velarse por que no exista discriminación contra estos grupos de niños, entre otros los niños con discapacidad o enfermedades crónicas; los niños migrantes y los niños que permanecen en el país de origen en un contexto de emigración familiar; los niños pertenecientes a minorías y a poblaciones indígenas; los niños en situación de calle, en instituciones o sin apoyo parental; los niños que trabajan, en particular aquellos que realizan trabajos que probablemente serán perjudiciales para su salud; los niños víctimas de violencia, explotación sexual y abuso; los niños refugiados y los niños afectados por situaciones de conflicto, ocupación extranjera y emergencias; los niños que no han sido registrados al nacer; los niños pertenecientes al grupo de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o intersexuales; los niños que viven en familias o comunidades en las que es frecuente el consumo de drogas; los niños víctimas de prácticas dañinas; y los niños que viven en zonas remotas, en áreas urbanas socioeconómicamente desfavorecidas y en situaciones de privación económica extrema.

Interés superior del niño

20. El artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, así como a los tribunales de justicia, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, a velar por que el interés superior del niño constituya una consideración de primer orden en todas las acciones que afecten a la infancia. Ello incluye decisiones relativas a la asignación de recursos y al desarrollo y aplicación de políticas, intervenciones y servicios que afecten a los factores subyacentes que son determinantes para la salud del niño. El interés superior de cada niño debe apoyarse mediante las mejores prácticas de salud pública, sobre la base de pruebas sólidas, los deseos y sentimientos contrastables de los niños (art. 12), sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, su extracción social, la relación con los cuidadores y otras características pertinentes.

Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo

21. El artículo 6 de la Convención no solo reconoce el derecho inherente a la vida, sino que también reafirma el deber del Estado de garantizar la supervivencia y desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo.

Respeto a las opiniones del niño

22. El artículo 12 de la Convención establece que los niños podrán expresar sus opiniones y que dichas opiniones deberán ser tenidas debidamente en cuenta; ello incluye sus opiniones sobre todos los aspectos relativos a la provisión de atención de la salud. Las capacidades del niño, que evolucionan constantemente, tienen implicaciones importantes a la hora de decidir cuándo pueden tomar parte en la gestión de su salud, en particular en lo relativo a su acceso a servicios de salud, si es necesario sin consentimiento paterno, y, en su momento, cuando adopte decisiones autónomas al respecto. Dependiendo de sus capacidades y madurez en continuo desarrollo, los niños deben tener acceso a terapia y atención confidenciales, sin consentimiento de los padres o de su custodio legal cuando ello vaya en el interés superior del niño.

23. Tal como expuso el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general N° 14, los servicios y programas de salud, en particular para niños, deben cumplir con diversos criterios, en relación entre otras cosas con la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. La realización del derecho del niño a la salud requiere la disponibilidad de instalaciones, bienes, servicios y programas de salud infantil que funcionen y en cantidad suficiente. Ello supone hospitales, clínicas, profesionales de la salud, equipos e instalaciones móviles, trabajadores comunitarios de la salud, equipos y medicamentos esenciales suficientes para proporcionar atención de la salud a todos los niños dentro del Estado. La suficiencia debe ser medida según la necesidad, prestando especial atención a las poblaciones insuficientemente dotadas de servicios y de difícil acceso.

24. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones:

a) No discriminación: los servicios, equipos y suministros de atención de la salud y servicios conexos deben estar al alcance de todos los niños, mujeres embarazadas y madres, en la ley y en la práctica, sin discriminación de ningún tipo.

b) Accesibilidad física: las instalaciones de atención de la salud deben estar en un radio accesible para todos los niños, mujeres embarazadas y madres. Puede requerirse una mayor atención a las necesidades de los niños con discapacidad.

c) Accesibilidad económica: la falta de capacidad para pagar los servicios, suministros o medicinas no debe traducirse en una denegación de acceso. Los Estados

deben crear redes de seguridad que permitan a las poblaciones pobres acceder a servicios allí donde y en el momento en que se necesiten imperiosamente, independientemente de su capacidad para pagar. Ello puede implicar la abolición de las tasas de usuario y la aplicación de sistemas de financiación de la salud que no discriminen a los pobres por su incapacidad para pagar.

d) Accesibilidad de la información: la información sobre promoción de la salud, estado de salud y opciones de tratamiento debe proporcionarse a los niños y a sus cuidadores en un idioma y un formato que sean accesibles y claramente inteligibles, y que se adapte culturalmente a ellos.

25. En el contexto del derecho del niño a la salud, la aceptabilidad implica que todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben diseñarse y usarse de una forma que tome plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de los niños. Las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad.

IV. Cuestiones de salud infantil que exigen atención

26. Los problemas sanitarios de un grupo cada vez mayor de personas de entre 0 y 19 años de edad, que actualmente se calcula en 2.500 millones de personas en todo el mundo, deben recibir atención adecuada.

27. Según la OIT, 115 millones de niños están ocupados en trabajos que probablemente serán perjudiciales para su salud, integridad o estado de ánimo, y que deben estar prohibidos para toda persona menor de 18 años de edad. Los niños que toman parte en trabajos peligrosos están extremadamente expuestos a enfermedades y lesiones laborales.

A. Embarazo, parto y atención posnatal

28. Para asegurar que los niños sean saludables es preciso antes promover la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva, y luego ofrecer atención y servicios durante el embarazo, el parto y la etapa posparto. Un niño cuya madre muere en un plazo de seis semanas desde su nacimiento tiene menos probabilidades de sobrevivir hasta la edad de 2 años que un niño cuya madre permanezca con vida. El Consejo de Derechos Humanos ha reconocido la necesidad de contar con un enfoque basado en los derechos humanos en relación con la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles².

29. Se calcula que la desnutrición materna e infantil, condiciones que están inseparablemente ligadas, es responsable del 35% de las muertes infantiles y el 11% de la incidencia mundial total de enfermedades. Una nutrición y suplementos adicionales adecuados para mujeres embarazadas son esenciales para garantizar un desarrollo saludable del feto y del lactante, y para reducir la vulnerabilidad del niño a las enfermedades infecciosas en la primera infancia y a las enfermedades crónicas en la edad adulta.

30. En 2010, casi 2,8 millones de muertes eran atribuibles a la mortalidad neonatal (muertes de niños de entre 0 y 27 días de edad). Las complicaciones en los partos prematuros, así como las relacionadas con el parto, las infecciones, la hipertensión materna, la diabetes y los problemas de crecimiento fetal, son responsables en la mayoría de los casos de mortinatalidad y de muerte neonatal. Una mejor supervisión del embarazo y la

² Véase las resoluciones 11/8, 15/17, 18/12 y 21/6 del Consejo de Derechos Humanos.

prevención, detección y gestión tempranas de las complicaciones repercuten positivamente en la salud y la supervivencia de las mujeres y de los niños neonatos.

31. Más del 90% de los niños con el VIH se han infectado mediante transmisión de la madre al hijo, lo que puede prevenirse mediante medicamentos antirretrovirales, así como con prácticas más seguras de parto y de nutrición. El asesoramiento y la realización de pruebas voluntarias sobre VIH, junto con la vinculación a servicios de diagnóstico del VIH entre lactantes y los servicios de atención y tratamiento del VIH de largo plazo para mujeres y lactantes, según se requiera, pueden reducir la transmisión del VIH y promover el acceso a aquellos servicios que se necesitan.

32. Una mayor existencia especializada en el nacimiento y un mejor acceso a servicios de atención obstétrica de emergencia pueden mejorar la supervivencia del niño, al reducir los nacimientos prematuros, y salvar vidas de madres y de recién nacidos. La atención postnatal deberá incluir, como mínimo, la lactancia temprana y exclusiva, el mantener al niño caliente, un lavado de manos más frecuente y atención higiénica del cordón umbilical y de la piel, así como identificar las dolencias que exigen atención médica y asesorar sobre cuándo llevar a un recién nacido a una instalación sanitaria. Además, la lactancia repercute de forma positiva en muchos ámbitos de la salud infantil, sin contar con su valor nutricional, y refuerza el sistema inmunológico del lactante, previniendo así un amplio espectro de infecciones.

B. Mortalidad infantil

33. Entre los niños de 0 a 59 meses, las causas principales de muerte son la neumonía, la diarrea y la malaria; las lesiones y las anomalías congénitas son también causas importantes de mortalidad³. Las causas principales de mortalidad infantil también son responsables de millones de enfermedades infantiles cada año. Casi la mitad de la incidencia mundial de las enfermedades en niños de entre 0 y 4 años debe atribuirse a siete enfermedades infecciosas: las infecciones de las vías respiratorias (en particular la neumonía), las enfermedades diarreicas, la malaria, el sarampión, la tos ferina, el VIH/SIDA y el tétanos.

34. Las cifras mundiales no obstante enmascaran importantes diferencias regionales, y las estadísticas nacionales esconden variaciones subnacionales en materia de salud. El riesgo de que el niño muera antes de su quinto cumpleaños en países de baja renta es 18 veces superior que en países de renta elevada; en todos los contextos, este riesgo es superior en zonas rurales, en comunidades con menor nivel educativo y en hogares más pobres⁴.

35. Más de dos tercios de los casos de mortalidad entre niños menores de 5 años se deben a enfermedades que son prevenibles y tratables mediante intervenciones sencillas y económicas. Los trabajadores sanitarios deben facilitar esas intervenciones en las comunidades y ofrecer a los padres y cuidadores información sobre cómo promover la salud y la supervivencia de sus hijos.

36. Garantizar el acceso al calendario total de inmunizaciones infantiles recomendado por la OMS es fundamental para la prevención de un conjunto cada vez más amplio de enfermedades infantiles, así como de otras dolencias que puedan aparecer más adelante en la vida.

³ UNICEF, *A Promise Renewed*, 2012. Disponible en www.apromiserenewed.org/files/APR_Brochure_September12.pdf.

⁴ Véase www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html.

37. El acceso a mosquiteras impregnadas de insecticidas y a tratamiento adecuado para la malaria, de conformidad con las directrices de la OMS, puede mejorar la probabilidad de supervivencia infantil en zonas endémicas de malaria. El acceso a un suministro adecuado de agua segura y potable es esencial para reducir la morbilidad y la mortalidad infantiles. El lavado de manos con jabón, el acceso a mejores instalaciones de saneamiento y a antihelmínticos puede ayudar a reducir la diarrea y la neumonía, así como otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

38. Deben adoptarse medidas para hacer frente a los peligros y riesgos de la contaminación ambiental local para la salud infantil, como la reducción de las emisiones procedentes de instalaciones de cocción que produzcan humos, reduciéndose así la neumonía y otras infecciones respiratorias, y abordando el cambio climático, que contribuye a la incidencia de las enfermedades infecciosas y multiplica las desigualdades en materia de salud.

39. Los niños afectados por el VIH exigen atención adicional para garantizar su supervivencia y desarrollo saludables, el acceso continuado a atención y apoyo adecuados por parte de adultos, y la protección de sus derechos, en particular a la educación, la salud y otros servicios sociales, así como a la herencia.

C. Malnutrición

40. La desnutrición, la deficiencia de micronutrientes y la sobrealimentación son distintos aspectos de la malnutrición que deben abordarse de forma conjunta mediante un enfoque de aprendizaje a lo largo de toda la vida⁵. La desnutrición es la causa subyacente de la muerte de 2,6 millones de niños cada año, un tercio del total mundial de muertes infantiles. Además, retrasa el crecimiento de 1 de cada 4 de los niños del mundo; en países en desarrollo, esta cifra puede ser de 1 de cada 3 nada menos⁶.

41. Además de la carga de morbilidad y el retraso en el desarrollo atribuibles a la desnutrición, la sobrealimentación está pasando a ser una preocupación cada vez más importante. En 2010, había unos 42 millones de niños menores de 5 años que presentaban sobrepeso, y esas cifras continúan aumentando debido a la falta de actividad física y a las dietas poco saludables⁷.

42. Las comunicaciones recibidas confirman las conclusiones expuestas, demostrando que esta doble carga está empezando a afectar a los países en desarrollo y desarrollados por igual. Las respuestas recibidas también hicieron referencia a las preocupantes tendencias en relación con la estigmatización de niños obesos por el personal médico.

43. Garantizar una nutrición adecuada para lactantes y niños de corta edad es esencial. Pueden adoptarse diversas medidas para hacer frente a la desnutrición infantil, como dar a los padres consejos y suplementos alimentarios y nutritivos, promover el acceso a un suministro suficiente y culturalmente aceptable de comida segura, y ofrecer programas alimenticios complementarios y de emergencia allí donde la desnutrición aguda constituya una amenaza o esté extendida. Algunas personas advierten sobre la dependencia excesiva en el uso de suplementos, alimentos terapéuticos, reconstituyentes y leches infantiles, aduciendo que puede en la práctica traducirse en desnutrición si se da allí donde los ecosistemas son capaces de sustentar dietas sostenibles. Las comidas ofrecidas en las

⁵ A/HRC/19/59.

⁶ Save the Children, *A Life free for Hunger*, 2012.

⁷ OMS, *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report for a WHO forum and technical meeting*, Ginebra, 15 a 17 de diciembre de 2009. Disponible en www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf.

escuelas pueden garantizar que los niños accedan a alimentos adecuados, así como incrementar su capacidad de aprendizaje y la matrícula escolar.

44. Puede hacerse frente a la obesidad infantil promoviendo hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico. Junto con la educación de los padres, regular los anuncios y promoción de alimentos y bebidas poco saludables puede limitar la exposición de los niños a unos y otras.

45. El Relator Especial sobre el derecho a la alimentación subraya la importancia de encarar la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes y la sobrealimentación de forma conjunta, reestructurando sistemas alimentarios completos para la promoción de dietas sostenibles⁸.

D. Prácticas dañinas

46. Ciertas prácticas sancionadas por padres, parientes e incluso dirigentes religiosos y comunitarios, pueden tener efectos negativos en la salud de los niños, como la mutilación y la ablación genitales femeninas, la alimentación forzada, el matrimonio infantil, los ataques mediante ácido, los asesinatos por motivos de "honor", el planchado de los senos, las pruebas de virginidad, los ritos de iniciación lesivos, la preferencia por los varones, la selección de sexos, el infanticidio, la dote, el trabajo en condiciones de servidumbre y la esclavitud sexual. Deben adoptarse medidas para abolirlas, de conformidad con el artículo 24, párrafo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño.

47. Las prácticas dañinas para la salud de los niños en algunos casos son inducidas por los medios de comunicación y la industria privada. Los estereotipos de belleza promovidos por los medios de comunicación pueden traducirse en prácticas innecesarias como la cirugía cosmética. Los Estados deben también adoptar medidas efectivas y adecuadas para abordarlas, si procede.

E. Salud sexual y reproductiva

48. Aproximadamente 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año; las niñas adolescentes corren un riesgo especialmente elevado de complicaciones durante el embarazo y el parto. La deficiente salud materna causa el 7% de las muertes de mujeres en el grupo de edad de entre 10 y 24 años, y está detrás de una buena parte de la discapacidad mundial.

49. El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte fundamental del derecho a la salud. Tal como ha señalado el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, los Estados deben asegurar que este aspecto del derecho a la salud se haga plenamente efectivo⁹. Garantizar el nivel más alto posible de salud y de bienestar entre los adolescentes exige una educación sexual integral y pleno acceso a servicios confidenciales de atención sexual y reproductiva que sean favorables a la juventud y que tengan un carácter empírico. Una educación sexual integral pensada para la adolescencia puede ayudar a reducir las elevadas tasas de embarazo adolescente y los riesgos adicionales que conllevan la morbilidad y mortalidad asociadas.

50. El Comité de los Derechos del Niño ha instado a los Estados partes a que adopten todas las medidas necesarias para reducir los embarazos adolescentes y mejorar el conocimiento y la disponibilidad de servicios de planificación familiar, desarrollar

⁸ A/HRC/19/59, párrs. 37 a 47.

⁹ A/66/254.

programas de educación sobre salud reproductiva adolescente y mejorar la concienciación sobre el acceso a métodos anticonceptivos seguros. También ha subrayado que las opiniones del niño deben siempre escucharse y respetarse cuando se toman decisiones sobre abortos, y que ello debe garantizarse en la ley y en la práctica¹⁰.

51. El Comité también ha señalado su preocupación sobre la repercusión de leyes sobre aborto altamente restrictivas en relación con el derecho a la salud de niñas adolescentes¹¹, y ha instado a los Estados a velar por que las niñas no sean objeto de sanciones penales en ninguna circunstancia por abortar o tratar de hacerlo¹². También ha pedido a los Estados que revisen su legislación sobre el aborto con miras a garantizar que respete plenamente el interés superior del niño, inclusive velando por que las madres adolescentes solteras tengan acceso a abortos seguros y queden debidamente protegidas de los riesgos asociados a los abortos ilegales¹³.

52. Debe darse acceso universal a una serie ininterrumpida de servicios pensados para adolescentes en relación con el VIH, como servicios de prevención del VIH, terapia voluntaria, y servicios de diagnóstico, atención, tratamiento y apoyo. Las víctimas de agresiones sexuales deben tener acceso a profilaxis en la etapa posterior a su exposición a riesgo. Debe darse la debida atención a garantizar la confidencialidad de los resultados de los test de VIH y otra información conexas.

53. En algunos sitios, los valores sociales y culturales pueden limitar el acceso a información y servicios. Por ejemplo, la educación sexual integral se considera inadecuada en algunos contextos, en los que se ofrece educación sexual enfocada hacia la abstinencia solamente. Cuando las opiniones tradicionales sobre la sexualidad prevalecen, el acceso al servicio de salud sexual y reproductiva puede verse limitado en lo que respecta a algunos segmentos de la población, en particular los adolescentes. Las leyes sobre consentimiento parental y marital pueden denegar a los adolescentes su derecho a tener acceso a información sobre salud sexual y reproductiva.

F. Violencia

54. El estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños¹⁴ desveló la magnitud del problema que constituye la violencia, confirmando que se da en cada país y que tiene lugar en diferentes entornos, inclusive en la familia, la escuela, las instituciones y la comunidad. La carga de mortalidad y morbilidad entre los niños atribuible a la violencia es elevada, especialmente durante la primera infancia y la adolescencia, un hecho que subraya la necesidad de crear un entorno que proteja a los niños frente a la violencia, de apoyar a los padres y cuidadores a lo largo de una crianza saludable y de poner en cuestión actitudes que perpetúen la tolerancia, así como la condonación de la violencia en todas sus formas y entornos. El derecho del niño a no ser víctima de violencia está consagrado en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

55. La violencia sexual puede tener graves consecuencias, a corto y largo plazo, tanto físicas como psicológicas y sociales, no solo para las niñas y los niños, sino también para sus familias y comunidades. Se necesitan sistemas robustos y efectivos de protección infantil, que incluyan la provisión de servicios integrales a niños víctimas.

¹⁰ CRC/C/UKR/CO/3-4, párr. 57.

¹¹ CRC/C/15/Add. 107, párr. 30; CRC/C/CHL/CO/3; párrs. 55 y 56; CRC/C/URY/CO/2, párr. 51.

¹² CRC/C/NIC/CO/4, párr. 59 b).

¹³ CRC/C/KOR/CO/3-4, párr. 11.

¹⁴ A/61/299.

56. Teniendo en cuenta la repercusión del castigo corporal en la salud infantil, en particular las lesiones letales y no letales, así como las consecuencias psicológicas y emocionales, el castigo corporal y otras formas crueles o degradantes de castigo en todos los entornos deben ser eliminadas¹⁵.

G. Lesiones, accidentes y discapacidad

57. Entre los niños de entre 5 y 9 años, las lesiones, los accidentes de tráfico, las caídas y los incendios contribuyen de forma importante a aumentar la carga de morbilidad, y pueden traducirse en discapacidad física. La principal causa de mortalidad entre las personas de entre 10 y 24 años son los accidentes de tráfico.

58. Reducir la carga que constituyen las lesiones infantiles exige estrategias y medidas para disminuir los accidentes de tráfico, los ahogamientos, las quemaduras y otros accidentes en el hogar, por ejemplo mediante legislación y aplicación de la ley adecuadas, especialmente en relación con la seguridad vial; modificar productos y entornos; dar educación, desarrollar aptitudes y cambiar conductas; aplicar proyectos de base comunitaria; y prestar atención prehospitalaria y aguda, así como rehabilitación¹⁶. El sistema de salud debe permitir el diagnóstico precoz de discapacidades físicas, en particular visuales y auditivas y, en el caso de niños con discapacidad, la entrega inmediata de servicios de rehabilitación y de atención adecuados tan cerca de la comunidad como sea posible.

59. Además, algunas de las comunicaciones recibidas suscitaron inquietudes sobre las consecuencias sobre la salud de determinados juegos peligrosos, como los de "asfixia" o "desmayo"¹⁷. Aunque no se dispone de cifras, se están estableciendo asociaciones de padres en algunos países para mejorar la concienciación sobre las consecuencias de dichos juegos. La prevención en la escuela es esencial.

H. Salud mental

60. Los problemas de salud mental entre los adolescentes son cada vez más frecuentes, lo mismo que los desórdenes en el desarrollo y de conducta, la depresión, la ansiedad y el trauma psicológico resultante del abuso, la violencia o la explotación, así como la autolesión y el suicidio. La mayoría de los problemas se diagnostican tarde y se abordan de forma insuficiente.

61. En su resolución de 2012 sobre salud mental (WHA65.4), la Asamblea Mundial de la Salud señaló que cada vez había más datos sobre la eficacia y la costoeficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños y los adolescentes. Dichas intervenciones deben llevarse a escala incorporándolas mediante toda una gama de políticas y programas sectoriales, en particular en materia de salud, educación y protección, con participación de las familias y las comunidades. Ello debe incluir intervenciones dirigidas a los niños en situación de riesgo debido a sus entornos familiares y sociales, a fin de mejorar sus aptitudes para hacer frente a ese reto y promover entornos protectores y de apoyo. Ofrecer apoyo psicológico en

¹⁵ CRC/C/GC/8.

¹⁶ OMS, *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en niños: resumen*, Ginebra, 2008. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf.

¹⁷ Un juego de estrangulación voluntaria con el objeto de experimentar nuevas sensaciones provocadas por la interrupción del suministro de oxígeno al cerebro.

las escuelas y otros contextos comunitarios puede ayudar a promover la salud mental de los niños.

62. Cada vez se es más consciente de la necesidad de prestar una mayor atención a las enfermedades y a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños. Muchos desórdenes de salud mental pueden prevenirse y tratarse más eficazmente invirtiendo en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.

I. Uso de sustancias

63. Se calcula que unos 150 millones de jóvenes, sobre todo en países de baja y media renta, usan tabaco, y el consumo de alcohol entre jóvenes, especialmente varones jóvenes, va en aumento¹⁸; tanto el tabaquismo como el consumo de alcohol contribuyen a las enfermedades cardiovasculares y a otras enfermedades en la edad adulta. Los modelos de consumo de sustancias establecidos durante la adolescencia tienden a convertirse en patrones crónicos de uso, y en mortalidad y morbilidad en etapas posteriores de la vida. Debe protegerse a los niños de los disolventes, el alcohol, el tabaco y las sustancias ilícitas.

64. La ratificación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco¹⁹ es un paso importante hacia el control del uso del tabaco entre los niños. Las intervenciones para prohibir la publicidad del tabaco, elevar el precio de los productos del tabaco y hacer cumplir las leyes que prohíben fumar en las escuelas y en otros lugares públicos reducen el número de personas que se inician en la utilización de productos del tabaco. La prohibición de la publicidad del alcohol, la regulación del acceso al mismo y la oferta de terapia cuando se detecta uso de alcohol son estrategias efectivas para reducir el consumo de alcohol por parte de los jóvenes.

65. Aunque el uso de alcohol, cannabis, disolventes y drogas de "club" entre los niños siguen estando más extendidos que el consumo intravenoso de drogas, este último constituye un serio motivo de preocupación. Los niños que se inyectan drogas a menudo son aquellos que se encuentran en circunstancias más difíciles, en particular los niños en situación de calle y sin atención parental. Estos niños que se inyectan drogas tienen más probabilidades que los adultos de compartir con otros su instrumental y menos probabilidades de tener acceso a servicios de intercambio de agujas y jeringuillas. Compartir el instrumental de inyección puede provocar la transmisión de virus por sangre, en particular el VIH. Los niños y jóvenes que se inyectan drogas se encuentran en una situación de mayor riesgo de contraer otras enfermedades prevenibles y de morir de sobredosis²⁰.

66. Debe adoptarse un enfoque basado en derechos y exhaustivo del uso de sustancias, e incluir estrategias de reducción del daño para minimizar la repercusión negativa del abuso de sustancias en la salud.

¹⁸ OMS, *Global status report on alcohol and health*, Ginebra, 2011.

¹⁹ Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf>.

²⁰ Comunicación de Harm Reduction International, disponible en www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/Contributionsreceived.aspx.

V. Medidas de aplicación

A. Rendición de cuentas

67. Aunque los Estados son los principales tenedores de obligaciones y tienen la responsabilidad de hacer efectivo el derecho del niño a la salud, se requiere la participación de diversos interesados, trabajando a diferentes niveles, en particular socios de desarrollo y organizaciones donantes tanto públicas como privadas, gubernamentales y no gubernamentales. La función central desempeñada por los padres y otros cuidadores, especialmente los maestros, doctores, asistentes sociales y todos los que trabajan con niños, es fundamental. Los Estados tienen la obligación de garantizar que todos los titulares de obligaciones tengan suficiente capacidad para cumplir con sus obligaciones y responsabilidades, y que se desarrolla suficientemente la capacidad de los propios niños de forma que puedan hacer valer su derecho a la salud.

68. La rendición de cuentas es un elemento clave a la hora de garantizar el disfrute del derecho del niño a la salud, y los mecanismos nacionales de rendición de cuentas deben ser efectivos y transparentes. Entre los mecanismos de rendición de cuentas adecuados están los sistemas de queja, las medidas de recurso judicial y los órganos de supervisión independientes. Con la participación activa del gobierno, las comunidades, la sociedad civil y los niños, los mecanismos nacionales de rendición de cuentas deben de estar dirigidos a conseguir que todos los actores sean responsables de sus actos. Deben también prestar atención a los factores estructurales que afectan a la salud del niño, como las leyes, políticas y presupuestos. El seguimiento participativo de los recursos financieros y del impacto en la salud infantil es esencial para los mecanismos esenciales de rendición de cuentas.

B. Sistemas de atención de la salud

69. La inversión en sistemas de atención de la salud fuertes es un factor clave en la prevención y entrega de atención de calidad; un sistema de salud que sea eficaz, transparente y dé respuesta a los problemas es esencial para hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Un enfoque basado en los derechos debe garantizar que los sistemas de salud estén designados para llegar a todos, inclusive a los grupos más desfavorecidos de niños, y sean transparentes, y que existan sistemas en vigor para garantizar que todos los titulares de obligaciones rinden cuentas.

70. Si bien el derecho universal a la salud implica acceso a servicios de salud para todos, el derecho del niño a la salud requiere sistemas sanitarios que se adapten a las necesidades de salud de la infancia. El derecho a la salud subraya la necesidad de programas globales de atención primaria de la salud, que se entreguen junto con iniciativas probadas de base comunitaria, como la atención preventiva, el tratamiento de enfermedades específicas y las intervenciones en materia de nutrición. La entrega de servicios y tecnologías en materia de salud mediante una combinación de instalaciones sanitarias y acuerdos móviles puede reducir sustancialmente algunos riesgos y debe adoptarse de forma universal. Si bien el refuerzo de los sistemas de salud nacionales debe constituir un propósito de largo plazo, las iniciativas de base comunitaria pueden ampliar la entrega de intervenciones en zonas en las que los servicios de salud son difíciles de obtener.

71. La prevención y la promoción de la salud son fundamentales para la atención primaria de la salud. Las intervenciones deben abordar las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como otros problemas de salud como los accidentes, la violencia, el abuso de sustancias y los problemas psicosociales y mentales, e incorporar una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales.

72. Deben promoverse la igualdad y la no discriminación para hacer frente a las múltiples y diversas disparidades que afectan al acceso de los niños a los servicios de salud y al uso que hacen de ellos. Dirigir las intervenciones hacia las comunidades más desfavorecidas centrándose en la atención primaria de la salud y en las intervenciones de base comunitaria puede producir drásticas reducciones de la mortalidad infantil y una mayor eficacia en cuanto a los costos que las estrategias no diseñadas específicamente para hacer frente a las desigualdades en materia de salud.

73. Los enfoques de salud que presten atención a la especificidad del niño a lo largo de los diferentes períodos de la infancia, como la iniciativa "Hospitales amigos de niños" de la OMS/UNICEF²¹, las políticas sobre salud favorables al niño y los servicios de salud pensados para el adolescente pueden incrementar la aceptabilidad de los servicios de salud y su asimilación como propios.

74. La realización del derecho del niño a la salud exige prestar una atención particular al incremento de la interacción con niños, y a su participación en todas las etapas del diseño de atención de la salud y de su funcionamiento para mejorar la aceptabilidad y, por extensión, la adopción y uso de los servicios.

75. Muchos países informan de que tienen escasez de recursos humanos para la salud, especialmente en tiempo de crisis. A fin de apoyar los servicios de salud para todos los niños, no obstante, se requiere una fuerza laboral debidamente desplegada y del tamaño necesario, lo mismo que formación, regulación, supervisión, remuneración y condiciones de servicio adecuados.

76. Para permitir la existencia de un marco de coordinación nacional sobre salud infantil a fin de facilitar la cooperación de los ministerios y otras instancias de gobierno, debe establecerse un conjunto de indicadores bien estructurados y debidamente desglosados, así como herramientas de evaluación. Además, los sistemas de información sobre salud deben respetar el derecho del niño a la privacidad cuando se recaban y difunden datos personales. La supervisión y examen regulares de datos debidamente desglosados sobre el sistema nacional de salud y los determinantes subyacentes en materia de salud que afectan a los niños son elementos esenciales para comprender y abordar la salud infantil y los derechos en materia de salud, tanto mundialmente como a nivel local. Los Estados deben revisar regularmente sus sistemas de información sobre salud, en particular los sistemas esenciales de registro civil y de vigilancia, con miras a su mejora.

77. Las vinculaciones entre la pobreza y la mala salud están bien documentadas. Deben realizarse intervenciones para hacer frente a la pobreza junto con educación y servicios en materia de salud para mitigar las posibles barreras financieras que obstaculizan el goce efectivo del derecho del niño a la salud. La promoción del control de los recursos familiares por parte de la mujer puede también contribuir a mejorar la salud infantil dando prioridad a la nutrición infantil y al acceso a servicios de atención de la salud. Las cuotas al usuario y los gastos de salud asociados pueden constituir una barrera infranqueable para el acceso a servicios de atención de la salud. Las intervenciones en materia de protección social, en particular los mecanismos de seguridad social como las ayudas o subsidios infantiles, las transferencias en metálico y los permisos paternos retribuidos, son inversiones complementarias que mejoran la asequibilidad financiera de los servicios de salud en relación con la infancia.

²¹ Véase www.unicef.org/nutrition/index_24806.html.

C. Leyes y políticas

78. Las leyes nacionales deben imponer al Estado la obligación de ofrecer los servicios, programas, recursos e infraestructura necesarios para realizar el derecho del niño a la salud, y otorgar también por ley el derecho a servicios esenciales en materia de salud y a servicios conexos para mujeres embarazadas y niños, independientemente de su capacidad de pago. Además, la legislación nacional debe también incluir la prohibición global de las prácticas que sean lesivas para los niños. Disposiciones jurídicas que justifiquen o permitan el consentimiento en relación con prácticas dañinas contra niños deben eliminarse de la legislación nacional. La legislación debe también disponer mecanismos de queja y de medidas de recurso adecuadas.

79. La legislación debe cumplir diversas funciones adicionales en la realización del derecho del niño a la salud, entre otras cosas, definiendo el alcance del derecho y reconociendo a los niños como titulares de derechos; aclarando las funciones y responsabilidades de todos los titulares de obligaciones; especificando qué servicios los niños, las mujeres embarazadas y las madres tienen derecho a exigir; y regulando los servicios para asegurar que sean de buena calidad.

80. Las leyes, reglamentos y políticas pueden también constituir barreras que impidan la realización del derecho del niño a la salud; ejemplo de ello serían las exigencias de autorización paterna y/o conyugal para el acceso a información sobre salud y/o servicios en materia de salud; la restricción del acceso a servicios por parte de niños migrantes y sus padres; y las limitaciones en la entrega de educación sexual integral.

D. Registro de nacimientos

81. El artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho del niño a ser registrado al nacer. El registro de los nacimientos es esencial para establecer edades mínimas de trabajo, alistamiento y matrimonio y, durante las emergencias, para servir de base para hacer una búsqueda de los niños separados y no acompañados. Existe una clara relación entre los niños que son registrados y los que reciben todas las vacunas, así como suplementos de vitamina A, y/o son llevados ante profesionales de atención de la salud cuando caen enfermos.

82. Los sistemas de salud deben garantizar que los niños cuyos nacimientos no han sido registrados puedan todavía solicitar los servicios y protecciones a que tienen derecho exactamente lo mismo que otros niños. El registro efectivo de los fallecimientos es también esencial para hacer un seguimiento del tamaño de la población y de las causas de mortalidad y para planificar las intervenciones en materia de salud.

E. Padres y cuidadores

83. Los padres y cuidadores desempeñan una función esencial en la crianza de los niños, y los Estados deben apoyarlos en sus responsabilidades. Los padres y otros cuidadores son las partes más importantes en el diagnóstico y la atención primaria precoces de los niños de corta edad, y el factor protector más importante contra las conductas de alto riesgo entre los adolescentes, como el uso de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo. Los padres y cuidadores también desempeñan una función central en la promoción del desarrollo saludable del niño, la protección de los niños frente a las lesiones causadas por accidentes, juegos peligrosos, lesiones y violencia, y a la hora de mitigar los efectos negativos de las conductas de riesgo. Los procesos de socialización de niños, que son esenciales para

entender y adaptarse al mundo en el que crecen, se ven profundamente influidos por los padres y los cuidadores.

84. Teniendo en cuenta la capacidad en desarrollo del niño, los padres deben cuidar, proteger y ayudar al niño a crecer y a desarrollarse de una manera saludable. Entre las responsabilidades de los padres y cuidadores están la adopción de prácticas de crianza no violentas, la promoción de formas saludables de conducta y de procura de atención de la salud adecuada, y el apoyo a los niños en la toma de decisiones, en particular las que afectan a su salud. Debe ofrecerse a todos los padres y cuidadores información sobre salud infantil de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

F. Educación

85. Existen fuertes vínculos entre el derecho a la educación y el derecho a la salud. La buena salud promueve un mejor resultado académico; y, de modo inverso, los mayores niveles de educación repercuten de forma positiva en la salud del niño. Las mejoras en la educación de niñas y mujeres mejoran a su vez la supervivencia del niño, especialmente cuando se aplican junto con programas de mitigación de la pobreza.

86. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño destaca la necesidad de que los niños tengan acceso a información sobre todos los aspectos de la educación sobre salud para hacer efectivo su derecho a la salud y para poder realizar elecciones informadas en relación con el estilo de vida y el acceso a servicios de salud. La información y la educación de conocimientos para la vida diaria deberían abordar, entre otras cosas, una educación sexual integral, la alimentación saludable y la promoción de la actividad física, la prevención de accidentes y lesiones, el saneamiento, y los peligros del tabaco y del uso de sustancias psicoactivas. Debería acompañarse también de información adecuada sobre el derecho del niño a la salud, las obligaciones de los gobiernos y sobre cómo y dónde obtener acceso a información y servicios de salud.

87. Las escuelas tienen una función esencial que desempeñar en la promoción de la salud. Debe ofrecerse información como parte intrínseca del plan de estudios escolar, mediante servicios de atención de la salud y, en otros contextos, dirigiendo las actuaciones hacia los niños que no están escolarizados. Los materiales de información sanitaria deben diseñarse en colaboración con los niños y difundirse en una amplia gama de entornos públicos y medios y redes sociales.

G. Cooperación internacional

88. Los Estados tienen obligaciones no solo de hacer efectivo el derecho del niño a la salud en su propio territorio sino también de contribuir, mediante la cooperación internacional, a lograr ese objetivo a nivel mundial. El artículo 24, párrafo 4, de la Convención sobre los Derechos del Niño exige a los Estados y a los organismos interestatales que presten atención especial a las prioridades en materia de salud infantil en los segmentos más pobres de la población y en los Estados en desarrollo. Los Estados tienen la responsabilidad de cooperar a fin de proporcionar socorro en casos de desastre y asistencia humanitaria en momentos de emergencia. En esos casos, deben adoptarse todas las medidas posibles para velar por que los niños tengan un acceso continuo a servicios de atención de la salud, para reunirlos con sus familias y para protegerlos no solo mediante apoyo material (como alimento y agua potable) sino también incentivando la atención psicosocial especial, parental o de otro tipo, para prevenir o abordar miedos y traumas.

VI. Recomendaciones

89. A pesar de los avances en muchos ámbitos, la salud infantil sigue siendo motivo de preocupación en todo el mundo. Las cuestiones expuestas en el presente informe plantean retos enormes y complejos que exigen esfuerzos conjuntos de una amplia gama de agentes, en particular los Estados, la comunidad internacional, la sociedad civil, las comunidades y las familias, así como el sector privado. Un compromiso decidido y constante para promover y proteger los derechos de todos los niños, en particular su derecho a la salud, es necesario si deseamos que todos los niños de todo el mundo crezcan y prosperen en el pleno disfrute de todos sus derechos.

90. A fin de garantizar el derecho efectivo del niño a la salud, el ACNUDH recomienda que los Estados que no hayan ratificado y aplicado todavía la Convención sobre los Derechos del Niño, sus Protocolos facultativos y otros instrumentos internacionales de derechos humanos relativos a la salud infantil lo hagan con carácter prioritario. Se alienta a los Estados a revisar y retirar las reservas al artículo 24 de la Convención y otros derechos que puedan menoscabar la capacidad de los niños para hacer efectivo su derecho a la salud.

91. El ACNUDH recomienda que los Estados informen regularmente sobre la realización del derecho del niño a la salud en sus informes periódicos presentados al Comité de los Derechos del Niño y en el contexto de su examen en virtud del mecanismo de examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos.

92. Se alienta a los Estados a adoptar un enfoque multidisciplinario en relación con la realización del derecho del niño a la salud, que preste atención a otros derechos que puedan afectar a la realización de ese derecho. El derecho del niño a la salud debe plasmarse en la legislación nacional. A fin de garantizar el acceso a servicios y programas de atención de salud, los Estados deben garantizar que todos los niños dispongan de un registro de nacimientos libre, accesible, sencillo y rápido.

93. Los Estados deben adoptar medidas legislativas y de otro tipo para hacer efectivo el derecho del niño a la salud, "hasta el máximo de los recursos de que dispongan", garantizando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios esenciales de atención de salud para todos los niños, sin discriminación.

94. Se alienta a los Estados a revisar las leyes y políticas nacionales y, en caso necesario, enmendarlas para que se ajusten a la necesidad de hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Con este fin, debe incluirse en la legislación una prohibición integral de todas las formas de violencia contra los niños, inclusive de las prácticas que dañan la salud de los niños. Deben retirarse las barreras en relación con la información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

95. Se alienta también a los Estados a establecer y utilizar un marco integral y cohesionado para la coordinación nacional en materia de salud infantil, basado en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, a fin de facilitar la cooperación entre los ministerios y los diferentes estamentos del gobierno, así como la interacción con la sociedad civil.

96. Los Estados deben implicar a todos los sectores de la sociedad, en particular los niños, al hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Las opiniones de los niños deben determinar las políticas, planes e intervenciones diseñadas para ocuparse de ellos.

97. Los Estados deben garantizar que los servicios básicos de atención de la salud de calidad, inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva, proporcionen una cobertura universal.

98. A fin de garantizar la igualdad y la no discriminación, los Estados deben identificar y abordar aquellos factores que crean vulnerabilidades en los niños o que colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Deben adoptarse medidas de acción positiva o medidas especiales de carácter temporal para garantizar la igualdad en relación con grupos concretos de niños, como la prioridad en la entrega de servicios de atención de la salud o la asignación de recursos a esferas de la salud infantil anteriormente descuidadas o a grupos de niños con menor acceso a servicios.

99. Se alienta a los Estados a dar prioridad a las cuestiones que han recibido escasa atención hasta la fecha, como la mortalidad adolescente en países de baja y media renta, a las cuestiones que afectan a la salud mental y al suicidio adolescente. Deben velar por que se preste una atención adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño, en particular, entre otras cosas, al acceso a una alimentación mínima, segura y adecuada desde el punto de vista nutritivo, a alojamiento básico, a vivienda, a saneamiento, a agua segura y potable y a un medio ambiente saludable y seguro.

100. Los Estados deben apoyar a los padres y cuidadores para permitirles desempeñar sus responsabilidades en relación con el derecho a la salud y otros derechos conexos, inclusive mediante apoyo financiero, si se requiere.

101. Deben establecerse terapias específicamente dirigidas al niño, y mecanismos de queja y de presentación de denuncias, que deben también reforzarse y hacerse cumplir, de forma que los niños tengan acceso a medidas de recurso efectivo por las violaciones de su derecho a la salud u otros derechos conexos.

102. Los Estados deben promover la educación sobre la salud en entornos oficiales e informales, inclusive una educación sexual integral, y garantizar que la promoción de la salud, en particular de la alimentación saludable y de la actividad física, se incluye en los planes de estudio escolares.

103. Los Estados deben desarrollar sistemas globales y coordinados para la recopilación de datos sobre salud infantil, desglosados según el transcurso vital del niño, prestando debida atención al género y a los grupos vulnerables. Deben también centrarse en los problemas de salud, en particular en las causas de mortalidad, así como de morbilidad y de violencia, nuevas y descuidadas hasta ahora, y determinar cuáles son los factores determinantes esenciales de la salud infantil.

104. Los Estados deben asignar una parte suficiente del gasto público en salud a los niños y crear un mecanismo de acompañamiento que permita una evaluación sistemática e independiente de dicho gasto. Se alienta a los Estados a poner en marcha un sistema de supervisión y análisis presupuestario basado en los derechos, así como a realizar evaluaciones de impacto infantil en relación con la forma en que las inversiones, especialmente en el sector de la salud, pueden servir al interés superior del niño.

105. La cooperación internacional debe dar apoyo a los sistemas de salud y planes nacionales de salud dirigidos por el Estado. Los donantes deben identificar los problemas de salud más importantes que afectan a la infancia en los países receptores y abordarlos de conformidad con las prioridades y principios establecidos en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

106. De conformidad con los Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos, las empresas del sector privado que ofrezcan servicios o apoyo financiero que afecten a la salud del niño tienen la responsabilidad de respetar los derechos del niño, particularmente su derecho a la salud, a lo largo de sus actividades. Las empresas del sector privado deben por lo tanto evitar causar o contribuir a causar

cualquier repercusión adversa sobre la salud del niño debido a sus propias actividades.

107. En particular, las industrias de la alimentación y de la bebida deben limitar los anuncios de alimentos y bebidas que sean perjudiciales para la salud del niño y su desarrollo y, si procede, ajustarse al Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. De igual forma, las industrias del tabaco y del alcohol deben abstenerse de anunciar, comercializar y vender sus productos a niños. Las industrias del tabaco deben también cumplir el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Las empresas de seguros sanitarios privadas deben velar por que no discriminen a las mujeres embarazadas, a los niños o a las madres.

108. Se alienta a las organizaciones de medios de comunicación a que promuevan la salud y los estilos de vida saludables entre la infancia; ofrezcan espacios de publicidad gratuitos para la promoción de la salud; velen por la privacidad y confidencialidad de los niños; no produzcan programas de comunicación ni materiales que sean perjudiciales para la infancia, y no perpetúen los estigmas relacionados con la salud.

109. Los investigadores, en particular las empresas privadas, que emprendan investigaciones relacionadas con la salud en las que participen niños deben respetar los principios y artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño y, si procede, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos²². Debe apoyarse la investigación para asegurar la disponibilidad de fórmulas farmacéuticas pediátricas seguras y adecuadas.

²² Véase www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf.