



Asamblea General

Distr. general
20 de abril de 2018
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

38º período de sesiones

18 de junio a 6 de julio de 2018

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

Contribuciones del marco del derecho a la salud a la aplicación efectiva y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Resumen

En este informe, presentado en cumplimiento de la resolución 35/23 del Consejo de Derechos Humanos, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos examina las contribuciones del marco del derecho a la salud a la aplicación efectiva y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. El Alto Comisionado recuerda, además, que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible está basada en los derechos humanos, y existen estrechos vínculos entre el derecho a la salud y los Objetivos relacionados con la salud. En el informe se pone de relieve que las normas internacionales sobre el derecho a la salud proporcionan orientación normativa para hacer frente a diversos problemas inherentes a la aplicación de los Objetivos relacionados con la salud, como la armonización de las leyes y las políticas con los derechos humanos, la adopción de medidas para dar cumplimiento a la promesa de que nadie se quedará atrás, la rendición de cuentas y la participación. En el informe se ofrecen varios ejemplos de buenas prácticas emergentes en la aplicación del marco del derecho a la salud.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos	3
III. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el derecho a la salud	5
A. Los derechos humanos como pilares de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	5
B. La salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	6
IV. La aplicación del marco del derecho a la salud para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud	7
A. Orientación normativa	7
B. Afrontar los principales problemas	8
V. Buenas prácticas emergentes.....	16
VI. Conclusión	18

I. Introducción

1. El presente informe se ha preparado de conformidad con la resolución 35/23 del Consejo de Derechos Humanos, en la que el Consejo solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparara un informe en el que se presentaran las contribuciones del marco del derecho a la salud a la aplicación efectiva y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, identificando las mejores prácticas, los problemas y los obstáculos a este respecto, y que lo presentara al Consejo en su 38º período de sesiones.

2. En la preparación del informe, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) celebró consultas y tuvo en cuenta las opiniones de diversas partes interesadas, como le alentó a hacer el Consejo. Se recibió un total de 49 contribuciones de Estados Miembros, órganos de las Naciones Unidas, órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, titulares de mandatos de los procedimientos especiales, instituciones nacionales de derechos humanos, círculos académicos y organizaciones de la sociedad civil. Todas las comunicaciones pueden consultarse en el sitio web del ACNUDH¹.

II. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos

3. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho fundamental que es indivisible de todos los demás derechos humanos, es interdependiente de estos y está interrelacionado con todos ellos. Este derecho está reconocido en los instrumentos de derechos humanos aprobados a nivel tanto mundial como regional, en particular en el artículo 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la salud también está consagrado en la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad².

4. En esta sección se exponen los principales aspectos del marco normativo del derecho a la salud que han preparado los mecanismos internacionales de derechos humanos. Las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros órganos creados en virtud de tratados proporcionan una orientación autorizada sobre el contenido normativo de este derecho y sobre el alcance de las obligaciones del Estado, incluidas las intervenciones prioritarias en aras de la efectividad progresiva de este derecho.

5. En el párrafo 11 de su observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que abarca tanto los principales factores determinantes de la salud como el acceso a una atención de la salud oportuna y apropiada. El derecho a la salud entraña libertades, como el derecho a controlar su salud y su cuerpo y el derecho a no padecer injerencias, y derechos, como el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud³. En lo que respecta en particular a la salud sexual y reproductiva, entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer

¹ Véase www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/HealthFramework.aspx.

² Los instrumentos regionales que reconocen el derecho a la salud son los siguientes: la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Carta Social Europea.

³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 8.

elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y a la propia salud sexual y reproductiva, y los derechos conexos. Entre los derechos cabe mencionar, por otra parte, el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva⁴.

6. Los siguientes elementos esenciales e interrelacionados forman parte del contenido normativo del derecho a la salud⁵:

a) Disponibilidad, que requiere que cada Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos sanitarios y centros de atención de la salud en funcionamiento;

b) Accesibilidad, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean asequibles y físicamente accesibles a todos, sin discriminación;

c) Aceptabilidad, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean sensibles a las cuestiones de género, apropiados desde el punto de vista cultural, científico y médico, y respetuosos de la ética médica;

d) Calidad, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

7. El derecho al consentimiento informado es una dimensión fundamental del derecho a la salud física y mental. Protege el derecho del paciente a participar voluntaria y suficientemente en la adopción de las decisiones médicas, y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos. Componentes importantes del consentimiento informado son los siguientes: a) respeto de la capacidad jurídica, que generalmente viene determinado por la capacidad para comprender, retener, creer y sopesar la información que se recibe a fin de tomar una decisión; b) respeto de la autonomía personal, sin que medie coerción, influencia indebida ni tergiversación; y c) integridad de la información, incluidos los beneficios asociados, los riesgos y las alternativas de un procedimiento médico⁶.

8. El enfoque basado en los derechos humanos que se deriva de estas normas también requiere que las autoridades sanitarias y otros garantes de derechos rindan cuentas del cumplimiento de las obligaciones relativas a los derechos humanos en la esfera de la salud pública, entre otras cosas ofreciendo la posibilidad de que los titulares de derechos puedan solicitar una reparación efectiva cuando se vulnera su derecho a la salud, mediante mecanismos de denuncia judiciales eficaces u otras vías de reparación adecuadas. Los Estados tienen que velar por que haya una participación significativa de todas las partes interesadas en la formulación, aplicación y supervisión de la política sanitaria.

9. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé el logro progresivo de la plena efectividad del derecho a la salud y otros derechos económicos, sociales y culturales. Al propio tiempo, el Pacto impone a los Estados partes diversas obligaciones de efecto inmediato, como garantizar el ejercicio de este derecho sin discriminación o adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas para avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de este derecho, utilizando al máximo los recursos disponibles. Los Estados partes tienen la obligación fundamental de garantizar, al menos, un nivel esencial mínimo del derecho, incluyendo: a) la garantía del acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; b) la garantía del acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; c) el suministro de medicamentos esenciales, según la definición de la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS); d) la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios; y e) la adopción y la aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud

⁴ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 5.

⁵ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12.

⁶ Véase A/64/272, seccs. II y III.

pública⁷. Otras obligaciones de prioridad comparable son velar por la atención de la salud genésica, materna e infantil, y proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad, así como educación y acceso a información sobre la salud, y formación al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos⁸.

III. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el derecho a la salud

A. Los derechos humanos como pilares de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

10. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se basa en la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados internacionales de derechos humanos y otros instrumentos⁹. En consecuencia, los Objetivos de Desarrollo Sostenible pretenden hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas¹⁰. Además de reafirmar la importancia de la Declaración Universal de Derechos Humanos y de otros instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos y el derecho internacional, los Estados subrayan que, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, tienen la responsabilidad de respetar, proteger y promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas, sin hacer distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad o cualquier otra condición¹¹. Las promesas de que nadie quedará atrás y que se procurará llegar primero a los más rezagados evocan los principios fundamentales de los derechos humanos que son la igualdad, la no discriminación y la inclusión¹².

11. Si bien los Objetivos de Desarrollo Sostenible no están formulados explícitamente en el lenguaje de los derechos humanos, prácticamente todos ellos reflejan expresamente el contenido de los principales derechos económicos, sociales y culturales correspondientes. Muchas metas de los Objetivos abordan la disponibilidad, la accesibilidad, incluida la accesibilidad económica (asequibilidad), y la calidad de la educación, la salud, el agua y otros servicios relacionados con esos derechos, e incluyen objetivos sobre el acceso a una alimentación sana, nutritiva y suficiente para todos, la cobertura sanitaria universal, el acceso a una enseñanza primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad, el acceso seguro y asequible al agua potable, el saneamiento, la higiene y la vivienda, y el acceso de todas las personas a medicamentos y vacunas esenciales que sean inocuos, eficaces, asequibles y de calidad¹³.

12. La Agenda 2030 reafirma los derechos humanos para todos sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad o cualquier otra condición¹⁴. Asimismo, se presta especial atención a las mujeres y las niñas, y a las personas en situación de vulnerabilidad, como los niños, los jóvenes, las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH/sida, las personas de edad, los pueblos indígenas, los refugiados y los desplazados internos y los migrantes¹⁵.

⁷ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 43.

⁸ *Ibid.*, párr. 44.

⁹ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párr. 10.

¹⁰ *Ibid.*, tercer párrafo del preámbulo.

¹¹ *Ibid.*, párr. 19.

¹² *Ibid.*, párr. 4.

¹³ Véase A/HRC/34/25, párrs. 8 y 10.

¹⁴ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párr. 19.

¹⁵ *Ibid.*, párr. 23.

B. La salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible

13. Como señaló el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 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 ellos¹⁶. La visión de futuro sumamente ambiciosa y transformadora prevista en la Agenda 2030 es la de un mundo donde haya un acceso equitativo y generalizado a una educación de calidad en todos los niveles, a la atención sanitaria y la protección social, y donde esté garantizado el bienestar físico, mental y social¹⁷.

14. Aunque el derecho a la salud está intrínsecamente relacionado con varios Objetivos y metas, el Objetivo 3, que consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, es el principal Objetivo relacionado con la salud, y sus metas abarcan una amplia gama de problemas sanitarios. Estas metas tienen que ver con: a) la mortalidad materna (meta 3.1); b) las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años (meta 3.2); c) el sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles (meta 3.3); d) la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, la salud mental y el bienestar (meta 3.4); e) la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol (meta 3.5); f) los accidentes de tráfico (meta 3.6); g) el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (meta 3.7); h) la cobertura sanitaria universal, 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); e i) las muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo (meta 3.9).

15. Las metas del Objetivo 3 también tienen por finalidad fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países (meta 3.a); apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública (meta 3.b); aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo (meta 3.c); y reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (meta 3.d).

16. Muchas de las metas están relacionadas con elementos que se hacen eco de las normas y reglas de derechos humanos, y son conformes con ellos. Por ejemplo, la meta 3.3 recuerda la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, previstos en el apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la lucha contra estas enfermedades incluye, entre otras cosas, el suministro de las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas¹⁸. En virtud del apartado d) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto, la cobertura sanitaria universal, que se examina en mayor detalle a continuación, entraña la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. El acceso a los medicamentos, previsto en la meta 3.b,

¹⁶ Véase A/71/304, párr. 6.

¹⁷ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párr. 7.

¹⁸ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 16.

evoca una de las obligaciones básicas en relación con el derecho a la salud. El marco de derechos humanos, en particular del derecho a la salud, puede contribuir positivamente a la consecución de la Agenda 2030. En la siguiente sección se examina la manera en que el marco del derecho a la salud puede contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

IV. La aplicación del marco del derecho a la salud para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

A. Orientación normativa

17. Uno de los compromisos transversales fundamentales de la Agenda 2030 es que su implementación debe ser compatible con los derechos y obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional¹⁹, incluidas las normas y reglas de derechos humanos. Por consiguiente, los Estados tienen el deber de integrar los principios fundamentales de los derechos humanos y las normas y reglas internacionales dimanantes del derecho a la salud en la formulación y aplicación de leyes, políticas y prácticas, a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

18. El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, establecido conjuntamente por el ACNUDH y la OMS en mayo de 2016 con el fin de obtener apoyo político para la aplicación de las medidas de derechos humanos que exige la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), afirmó que un enfoque basado en los derechos humanos era esencial por las siguientes razones: a) apoya a los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones dimanantes del derecho internacional de los derechos humanos; b) ofrece una base de principios para el acceso universal a los servicios de salud, recalando que las intervenciones deben ser no discriminatorias, transparentes y participativas, y basarse en una sólida rendición pública de cuentas; c) exige centrar la atención tanto en el empoderamiento de los titulares de derechos como en las responsabilidades de los garantes de derechos; d) tiene por finalidad mejorar la capacidad de los garantes de derechos a nivel local, de distrito y nacional a fin de que puedan cumplir sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de manera transparente, eficaz y responsable; e) requiere la participación plena e informada de todos los afectados por cualquier medida o política; y f) promueve la sostenibilidad real de los sistemas de salud y mejora sus resultados al requerir que se aborden los factores determinantes básicos de la salud, entre otras cosas mediante el ejercicio efectivo de los derechos que habilitan la salud²⁰.

19. El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos observó que los derechos humanos proporcionaban un contexto y un marco detallado y equilibrado que: aludían a las obligaciones jurídicas específicas asumidas por los Estados en virtud de los diversos tratados de derechos humanos; ponían de relieve la existencia de determinados valores que no eran negociables; aportaban cierto grado de seguridad normativa, e incorporaban al debate definiciones cuidadosamente negociadas de derechos específicos que eran fruto de décadas de reflexión, debate y adopción de decisiones judiciales²¹. Habida cuenta de que el factor humano era un pilar esencial de la Agenda 2030, era indispensable que el lenguaje de los derechos reconociera la dignidad y la voluntad de todas las personas (independientemente de su raza, género, condición social, edad, discapacidad o cualquier otro factor diferenciador) y estuviera deliberadamente orientado a empoderarlas²². Este es el caso en particular del derecho a la salud.

¹⁹ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párr. 18.

²⁰ Para más información a este respecto, sírvase consultar la página <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>.

²¹ Véase A/70/274, párr. 65.

²² *Ibid.*

B. Afrontar los principales problemas

20. En la siguiente sección se examinan algunos de los principales problemas relativos a la aplicación efectiva y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, y la contribución del marco del derecho a la salud para afrontar esos problemas.

1. El ejercicio efectivo del derecho a la salud y los derechos relacionados con la salud

21. El ejercicio efectivo del derecho a la salud depende del ejercicio, sin discriminación, de otros derechos humanos, ya sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales. Cuando se protege el derecho a la salud, es posible mejorar el disfrute de otros derechos necesarios para preservar la dignidad, alcanzar el potencial y reivindicar la autonomía de la persona²³. Sin embargo, aunque el marco del derecho a la salud está bien establecido, los encargados de formular políticas sanitarias desaprovechan con frecuencia la oportunidad de integrar los principios y las normas y reglas de derechos humanos en la formulación, aplicación y supervisión de esas políticas, así como en los mecanismos de rendición de cuentas, lo que permitiría mejorar el proceso y los resultados de las políticas en favor de los titulares de derechos. El Relator Especial sobre el derecho a la salud se refiere, a este respecto, a un déficit de aplicación, observando que, a pesar de que están debidamente identificados los principios fundamentales y los principales procesos y mecanismos del derecho a la salud, sigue habiendo un desfase significativo entre la formulación de políticas de salud y su aplicación eficaz en la práctica cotidiana. Esto es así incluso cuando la formulación de políticas de salud es satisfactoria desde el punto de vista de los derechos humanos²⁴. Hay diversos factores que explican este déficit de aplicación, y algunos de los más importantes son los siguientes: la tendencia creciente a adoptar un enfoque restrictivo y selectivo de los derechos humanos que ignora uno o varios derechos de un grupo de población, incluido el derecho a la salud, o no los atiende como es debido; el hecho de que no se aborden los derechos humanos como factores determinantes de la salud, y la tendencia a la fragmentación de las políticas en los ámbitos que afectan a la salud²⁵. Por consiguiente, aplicar el principio de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos es esencial para la plena efectividad del derecho a la salud²⁶.

22. Un liderazgo firme y decidido, incluso en los niveles más altos, es indispensable para efectuar los cambios necesarios con miras a integrar los derechos humanos en la salud pública de forma sostenible. Ese liderazgo es esencial para rectificar las “patologías del poder”, o sea, los desequilibrios de poder que suelen ser causantes de los resultados sanitarios deficientes de las personas en situación de desventaja y vulnerabilidad²⁷. Estas diferencias de poder afectan a las relaciones entre el Gobierno y los gobernados, las comunidades y las autoridades establecidas, el personal sanitario y las personas aturdidas, y los que determinan las normas y prácticas sociales, culturales, religiosas y de otra índole y los que están, de hecho, obligados a acatarlas, incluso en detrimento propio. Sin un liderazgo decidido y una participación efectiva, es probable que la dinámica negativa del poder siga obstaculizando el disfrute del derecho a la salud²⁸. Un liderazgo consciente se encargaría de supervisar la aplicación de un enfoque coordinado de las políticas de salud en un esfuerzo conjunto del Gobierno para obtener la participación de otros sectores cuyas políticas tienen repercusiones en la salud, como por ejemplo los sectores de la educación, el

²³ Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 10.

²⁴ Véase A/HRC/29/33, párr. 40.

²⁵ *Ibid.*, párr. 42.

²⁶ *Ibid.*, párr. 43.

²⁷ Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (University of California Press, 2004).

²⁸ 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 (noviembre de 2014), pág. 463.

comercio, el agua y el saneamiento, la alimentación y el transporte²⁹. Este enfoque coordinado tendría como objetivo fundamental el ejercicio efectivo de “todo el nexo de derechos interdependientes e interrelacionados”³⁰.

2. Armonización de leyes y políticas con los derechos humanos

23. Un marco jurídico y normativo basado en las normas de los derechos humanos es esencial para garantizar la aplicación efectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la plena efectividad de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. En el último decenio se han registrado graves retrocesos en el ejercicio efectivo del derecho a la salud y de los derechos humanos en general. El Relator Especial sobre el derecho a la salud expresó su preocupación por la tendencia a adoptar un enfoque selectivo con respecto a los derechos humanos, que surtía sus efectos más perjudiciales en los grupos de población que sufrían discriminación y que a menudo no podían acceder a los servicios de salud, lo que reforzaba los ciclos de la pobreza, la exclusión social, la desigualdad y la discriminación, y repercutía negativamente en la salud³¹. Hay otras tendencias negativas que inciden en el derecho a la salud, como el aumento de las desigualdades que ha hecho que los pueblos indígenas, las minorías, las personas con discapacidad y otras poblaciones y grupos en situación de vulnerabilidad se enfrenten a obstáculos para acceder a los servicios esenciales.

24. En la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las leyes y políticas restrictivas de algunos países ponen en peligro los logros alcanzados hasta la fecha, en particular en el ámbito de la mortalidad materno-infantil prevenible. La utilización de las leyes penales para obstaculizar el acceso a los servicios de salud materna y criminalizar a grupos enteros de población, como las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los trabajadores sexuales y las personas que consumen drogas, contribuye a la estigmatización y la discriminación. Su correlación con los resultados sanitarios deficientes de esos grupos está bien documentada.

25. Junto con la protección del derecho a la salud en la legislación nacional y la adopción de una política nacional de salud, el marco del derecho a la salud requiere que los Estados adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud³². Las intervenciones destinadas al logro de esos objetivos incluyen una evaluación integral de la medida en que los marcos jurídicos y normativos existentes cumplen las normas de derechos humanos aplicables a la salud y el bienestar, mediante un proceso participativo, inclusivo y transparente, en continua consulta con las partes interesadas. Esa evaluación podría ir seguida de medidas para: a) derogar, rescindir o enmendar las leyes y políticas a fin de armonizarlas con las normas de derechos humanos; b) promulgar leyes y aplicar políticas que promuevan la adopción de medidas positivas para garantizar que los servicios de salud esenciales, como la atención primaria de la salud, los servicios de salud sexual y reproductiva, los servicios de salud materna y los servicios de salud para recién nacidos, niños y adolescentes, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad³³; y c) garantizar la rendición de cuentas, como se expone a continuación en mayor detalle.

3. Adopción de medidas para dar cumplimiento a la promesa de que nadie se quedará atrás

26. La promesa central de la Agenda 2030 de que nadie se quedará atrás y de que se llegará primero a los más rezagados refleja efectivamente el principio de derechos humanos

²⁹ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 35.

³⁰ *Ibid.*, pág. 11.

³¹ Véase A/HRC/29/33, párrs. 42, 44 y 45.

³² Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párrs. 33 y 36.

³³ Jyoti Sanghera y otros, “Human rights in the new Global Strategy”, *British Medical Journal*, vol. 351, suplemento 1 (septiembre de 2015), págs. 42 y 43.

de igualdad y no discriminación. En la sección que figura a continuación, el Alto Comisionado examina los problemas que plantea la adopción de medidas para cumplir este compromiso desde la perspectiva de los derechos de la mujer, así como en dos esferas específicas, a saber, los problemas desatendidos en materia de salud y la cobertura sanitaria universal. La promesa de que nadie se quedará atrás debe reflejarse en todos los ámbitos políticos, incluidas la rendición de cuentas y la participación.

a) Mujeres y niñas

27. La Agenda 2030 aspira a un mundo en el que todas las mujeres y niñas gocen de la plena igualdad de género y donde se hayan eliminado todos los obstáculos jurídicos, sociales y económicos que impiden su empoderamiento. El logro de la igualdad de género contribuirá de manera significativa a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su conjunto. El Objetivo 5 exhorta expresamente a los Estados a empoderar a todas las mujeres y las niñas, y a lograr la igualdad de género para 2030. La igualdad entre hombres y mujeres está protegida por varios instrumentos de derechos humanos y es una de las piedras angulares del derecho de los derechos humanos³⁴. Sin embargo, la denegación de los derechos a la salud y otros derechos conexos a las mujeres y las niñas sigue siendo muy frecuente como consecuencia de la discriminación, la exclusión y las normas y prácticas tradicionales, culturales y sociales y de otra índole que ponen a las mujeres y las niñas en situación de inferioridad o subordinación en el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo y la sociedad en general. Los efectos acumulativos e intergeneracionales de la discriminación y la desigualdad por razón de género tienen graves consecuencias para los resultados sanitarios de la mitad de la población mundial³⁵.

28. Otros obstáculos al ejercicio efectivo del derecho a la salud de las mujeres y las niñas son los obstáculos jurídicos, procedimentales, prácticos y sociales al acceso a todos los establecimientos, servicios, bienes e información en materia de salud sexual y reproductiva³⁶. Las prácticas y los estereotipos de género nocivos, como el matrimonio infantil y el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina, la atención preferente a los niños varones y la violencia contra la mujer, también contribuyen a los resultados sanitarios deficientes³⁷. La desigualdad en el acceso a una educación y un empleo de calidad limita las oportunidades de las mujeres y las niñas para asegurar su capacidad de actuación. La falta de independencia económica y, en particular, de capacidad de actuación, hace que a menudo las mujeres y las niñas no puedan acceder a servicios de salud de calidad que cumplan los criterios de aceptabilidad, especialmente en lo que respecta a la sensibilidad a las cuestiones de género, que es un elemento vital para que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y otros derechos en materia de salud.

29. Además de exigir que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, el marco del derecho a la salud requiere que se preste atención a los factores básicos determinantes de la salud de la mujer³⁸. Las intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, y para responder a la violencia de género, deben formar parte de una estrategia nacional encaminada a fomentar la salud durante todo el ciclo vital. Las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y marginados, como las emigrantes, las

³⁴ Véase el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 3; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 3, y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, arts. 1 y 2.

³⁵ En su informe titulado *Leading the Realization of Human Rights to Health and through Health*, el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes señala que “las muertes, las enfermedades y las discapacidades prevenibles están firmemente arraigadas en la falta de protección de los derechos humanos” (pág. 7).

³⁶ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 2.

³⁷ Véase www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf.

³⁸ Véase la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12, párr. 1; y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, párr. 6.

refugiadas y las desplazadas internas, las ancianas, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad, deben recibir una atención especial³⁹. De conformidad con la recomendación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, los Estados deberían: a) supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención; b) exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa; y c) velar por que los trabajadores sanitarios reciban cursos de formación amplios y obligatorios, y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos⁴⁰.

b) Abordar los problemas desatendidos de la salud: la salud mental

30. El derecho a la salud engloba tanto la salud física como la mental, sin preferencia por una u otra. Sin embargo, pese a que los trastornos de salud mental afectan a una de cada cuatro personas a lo largo de su vida, las personas que sufren estos trastornos son objeto de exclusión social y otros tipos de exclusión a gran escala, y la salud mental sigue estando marginada en muchos sentidos⁴¹. El estigma y la discriminación con que se enfrentan muchas personas con trastornos de salud mental en la comunidad, en otros contextos y entornos sociales y en entornos sanitarios las disuaden de recurrir a los servicios y la atención de la salud que necesitan. Las personas que tienen un trastorno de salud mental suelen verse abocadas al aislamiento, y por lo general se les deniegan otros muchos derechos, como el derecho al trabajo, a la educación, a un nivel de vida adecuado y a la vivienda. El tratamiento forzado y otras prácticas nocivas en las instituciones de salud mental, como la reclusión en régimen de aislamiento, la esterilización forzada, el empleo de medios de coerción, la medicación forzosa y la sobremedicación, no solo vulneran el derecho al consentimiento libre e informado previsto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sino que son constitutivos de malos tratos y pueden serlo de torturas⁴². La marginación de la salud mental plantea un desafío importante: los datos y las investigaciones presentan lagunas, en particular con respecto a la situación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, y las asignaciones de recursos financieros y humanos son un síntoma del menor valor atribuido corrientemente a la salud mental⁴³.

31. Como se ha pretendido demostrar anteriormente, la marginación de ciertos problemas de la salud conlleva inevitablemente la marginación de las personas afectadas. Una obligación básica que se infiere del derecho a la salud es el deber de adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a los problemas de salud de toda la población⁴⁴. La elaboración de la estrategia y el plan de acción debería ser un proceso participativo y transparente, que incorpore exámenes periódicos y preste especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. El que no se tengan en cuenta estas cuestiones en las políticas sanitarias y otras políticas pertinentes, como tampoco las personas afectadas por estas, pone de manifiesto graves deficiencias en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, y en el apoyo a la rendición de cuentas y el derecho a la participación. Las promesas de que se llegará primero a los más rezagados y no se dejará a nadie atrás deben ser igualmente prioritarias, junto con otros problemas de la salud que atañen al conjunto de la población.

³⁹ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24, párrs. 6 y 29.

⁴⁰ *Ibid.*, párr. 31 d), e) y f).

⁴¹ Véase www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/; y la comunicación del Consorcio Internacional de Discapacidad y Desarrollo, págs. 2 y 3.

⁴² Véase A/HRC/34/32, párr. 33.

⁴³ *Ibid.*, párrs. 19 y 21.

⁴⁴ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 43 f).

c) Cobertura sanitaria universal

32. La Agenda 2030 asume el compromiso de lograr la cobertura sanitaria universal para todos, que sigue siendo un desafío importante. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 46,3% de la población mundial y el 56% de la población rural mundial carecen de cobertura sanitaria. Aproximadamente el 48% de la población y más de la mitad de las personas de edad en todo el mundo no tienen acceso a los cuidados de larga duración debido a la escasez de personal cualificado para la prestación de esos servicios⁴⁵. Los cuidados de larga duración, ignorados en gran medida en las políticas de salud, se han considerado una atención gratuita bajo la responsabilidad de las mujeres de la familia. Sin embargo, esta atención no remunerada tiene consecuencias económicas, como la pérdida de ingresos y el consiguiente riesgo de empobrecimiento⁴⁶.

33. Hay una amplia diversidad de opiniones sobre lo que entraña la cobertura sanitaria universal, y el papel tradicional que desempeña el sector privado en los planes de seguro voluntario ha tenido gran influencia en la concepción de la cobertura sanitaria en general. Aunque la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se refiere a 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, en la Agenda 2030 no se define la cobertura sanitaria universal ni se hace mención alguna de la necesidad de dar prioridad a las poblaciones y los grupos marginados y vulnerables, como las personas que viven en la pobreza⁴⁷.

34. Ante la falta de una definición clara de cobertura sanitaria universal en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el marco internacional de derechos humanos y el marco del derecho a la salud pueden proporcionar orientaciones y normas para mejorar los resultados sanitarios de todas las personas sin discriminación. El Relator Especial sobre el derecho a la salud advierte que no todas las vías hacia la cobertura sanitaria universal son coherentes con las normas de derechos humanos, y señala en particular el riesgo de que se blinde la desigualdad, por ejemplo cuando los Gobiernos dan prioridad a la ampliación de la cobertura a grupos privilegiados del sector formal⁴⁸. Un enfoque de la cobertura sanitaria universal basado en los derechos humanos, como recomendó el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes⁴⁹, exige fundamentalmente que se vele por la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, y que se dé prioridad a las personas en situación de vulnerabilidad, ya que la mayoría de ellas está excluida de la cobertura sanitaria universal. Un enfoque de la cobertura sanitaria universal basado en los derechos humanos requiere, entre otras cosas, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad⁵⁰, la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud para los niños⁵¹, y la eliminación de la discriminación en la atención y los servicios sanitarios, en especial en lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud⁵². Así pues, la cobertura sanitaria universal no solo se refiere a la extensión de la cobertura de los servicios sanitarios, sino también al acceso de

⁴⁵ Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (2017), págs. 114 a 120.

⁴⁶ *Ibid.*, págs. 118 y 119.

⁴⁷ Véase A/71/304, párr. 76.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 34, recomendación 2.

⁵⁰ Véase el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, párr. 2 d).

⁵¹ Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 73 b).

⁵² Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 19.

todas las personas durante toda su vida, al complemento íntegro de la atención y los servicios de salud adecuados y necesarios sobre una base no discriminatoria⁵³.

35. El marco de derechos humanos contribuye a aclarar más las responsabilidades de los Estados en lo que respecta a la cobertura sanitaria universal para: a) asegurar la participación de las partes interesadas en la formulación de políticas encaminadas al logro de la cobertura sanitaria universal⁵⁴; b) abstenerse de efectuar una asignación inadecuada de recursos para la salud que pueda favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos costosos a los que solo suele tener acceso una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una proporción mayor de la población; c) adoptar medidas legislativas o de otra índole para velar por la igualdad de acceso a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros⁵⁵; d) velar por que la privatización del sector de la salud no reduzca la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud⁵⁶; y e) defender y hacer efectivo el derecho a la seguridad social, incluido el establecimiento de niveles mínimos de protección social, en el marco de las medidas de protección contra los riesgos financieros⁵⁷.

4. La rendición de cuentas en el sector de la salud

36. En la Agenda 2030, la Asamblea General prevé un marco de seguimiento y examen sólido, voluntario, eficaz, participativo, transparente e integrado para apoyar la implementación a nivel nacional y maximizar y vigilar los progresos para asegurar que nadie se quede atrás. Su objetivo es promover la rendición de cuentas, respaldar una cooperación internacional efectiva y fomentar el intercambio de mejores prácticas y el aprendizaje mutuo⁵⁸. Posteriormente, el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible elaboró un marco de indicadores mundiales, entre otras cosas para los Objetivos relacionados con la salud, que la Comisión de Estadística asumió y que fue aprobado por la Asamblea General⁵⁹. Este marco debe complementarse con indicadores a nivel regional y nacional. El ACNUDH ha subrayado la necesidad de contar con un mecanismo sólido de rendición de cuentas a nivel mundial en el marco del foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible, y de que los exámenes nacionales de carácter voluntario y los exámenes temáticos en el marco del foro se basen sistemáticamente en la información y las recomendaciones de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas. Además, como se reconoce en la Agenda 2030, la rendición de cuentas en el sector privado debería basarse en los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos⁶⁰.

37. La rendición de cuentas es un concepto complejo y pluridimensional. La rendición de cuentas basada en los derechos humanos requiere múltiples formas de examen y supervisión, y el fomento de la rendición de cuentas de múltiples actores a distintos niveles, tanto dentro como fuera del sector de la salud⁶¹. La rendición de cuentas consta al menos de tres componentes fundamentales: la vigilancia, el examen independiente y las medidas correctivas⁶². Una vigilancia eficaz es esencial, no como un fin en sí mismo, sino como una

⁵³ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 15.

⁵⁴ Comunicación de Health Poverty Action, pág. 4.

⁵⁵ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 35.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Véanse el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 9; el Convenio de la OIT sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102); la Recomendación de la OIT sobre los Pisos de Protección Social, 2012 (núm. 202); la Recomendación de la OIT sobre la Asistencia Médica, 1944 (núm. 69), y el Convenio de la OIT sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969 (núm. 130).

⁵⁸ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párrs. 72 y 73.

⁵⁹ Resolución 71/313 de la Asamblea General.

⁶⁰ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General, párr. 67.

⁶¹ Véase A/HRC/21/22, párrs. 74 y 75.

⁶² Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, "Keeping promises, measuring results", pág. 7. Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas,

herramienta para medir los progresos y mejorar la rendición de cuentas. Cada uno de estos componentes es indispensable y desempeña un papel específico en el fortalecimiento de la rendición de cuentas⁶³.

38. Entre los problemas que plantea la rendición de cuentas en el sector de la salud cabe destacar que no se hace una distinción entre estos componentes, razón por la cual quizás no se preste la debida atención a uno o varios de ellos, como suele suceder con los exámenes en el contexto del desarrollo y la salud mundial, o que estos se intercalen con la rendición de cuentas⁶⁴. La eficacia de la vigilancia, el examen y, en última instancia, la rendición de cuentas depende de que se disponga de datos de gran calidad, desglosados por ejemplo por edad, sexo, ubicación geográfica, origen étnico, situación socioeconómica y otros factores, según corresponda a nivel nacional. Asimismo, la evaluación para determinar si se han alcanzado las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible también dependerá de la calidad y la disponibilidad de esos datos, dos conceptos en los que se han detectado importantes deficiencias, en particular en el plano nacional. En lo que respecta a la localización de los principales grupos de población vulnerables al VIH, por ejemplo, la estigmatización sigue constituyendo un obstáculo para la recopilación de datos exhaustivos, por lo que estos grupos no se contabilizan de forma adecuada⁶⁵.

39. El uso de indicadores es un elemento clave de la supervisión basada en los derechos humanos, aunque se ha considerado que el marco de indicadores para los Objetivos de Desarrollo Sostenible “solo consigna parcialmente las repercusiones que el Objetivo 3 puede tener en el derecho a la salud de la población y en las correspondientes obligaciones de los garantes de derechos” y no refleja plenamente la medida en que se respetan los derechos relacionados con la salud⁶⁶. Por consiguiente, los indicadores del derecho a la salud son necesarios para proceder a un seguimiento exhaustivo que permita obtener la información necesaria para la realización de un examen y la adopción de medidas correctivas adecuadas. El recurso a las normas de derechos humanos impone a los Estados el deber de cooperar en el fomento de la capacidad para el acopio de datos.

40. El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes recomendó que todos los Estados procurasen que los mecanismos nacionales de rendición de cuentas (por ejemplo los tribunales, el control parlamentario, los órganos que se ocupan de los derechos de los pacientes, las instituciones nacionales de derechos humanos y los exámenes del sector de la salud) contaran con el mandato y los recursos adecuados para defender los derechos humanos a la salud y derivados de esta⁶⁷. A nivel nacional, se puede mejorar la rendición de cuentas estableciendo o reforzando procesos y mecanismos transparentes, inclusivos y participativos, facultados para recomendar medidas correctivas. Esos mecanismos y procesos son tribunales u órganos cuasijudiciales y no judiciales, mecanismos de denuncia dentro del sistema de salud, asociaciones en pro de los derechos del paciente, instituciones nacionales de derechos humanos y asociaciones de estándares profesionales⁶⁸. La rendición de cuentas se refuerza en mayor medida mediante los mecanismos internacionales de derechos humanos, como los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos,

2016: *Old Challenges, New Hopes, Accountability for the Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health*, págs. 9 a 11, y A/HRC/21/22.

⁶³ Carmel Williams y Paul Hunt, “Neglecting human rights: accountability, data and Sustainable Development Goal 3”, *International Journal of Human Rights*, vol. 21, núm. 8 (2017), págs. 1118 y 1120.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Sara L.M. Davis, “The uncounted: politics of data and visibility in global health”, *International Journal of Human Rights*, vol. 21, núm. 8 (2017), pág. 1149.

⁶⁶ Carmel Williams y Paul Hunt, “Neglecting human rights: accountability, data and Sustainable Development Goal 3”, *International Journal of Human Rights*, vol. 21, núm. 8 (2017), pág. 1129.

⁶⁷ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 48, recomendación 7.

⁶⁸ Jyoti Sanghera y otros, “Human rights in the new Global Strategy”, *British Medical Journal*, vol. 351, suplemento 1 (septiembre de 2015), pág. 44, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 59 a 62.

los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos y el examen periódico universal, y los mecanismos regionales.

5. Participación

41. Según la Asamblea General, la Agenda 2030 es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que será implementado por todos los países y partes interesadas mediante una alianza de colaboración. La meta 16.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible tiene por finalidad garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La participación de los titulares de derechos y demás partes interesadas en la formulación, aplicación y supervisión de políticas no solo es un imperativo del proceso democrático, sino también un requisito indispensable para la eficacia de la formulación de políticas, porque facilita respuestas en el ámbito de la salud pública que son pertinentes para el contexto específico, y que las comunidades más afectadas se beneficien de las intervenciones⁶⁹. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud⁷⁰.

42. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental en la petición de cuentas a las autoridades, porque llegan hasta poblaciones y comunidades que a menudo se pasan por alto, y promueven los derechos de estas. Las recientes tendencias a la imposición de restricciones al espacio cívico, en particular limitaciones a las actividades de las organizaciones de la sociedad civil, constituyen un importante obstáculo a la participación efectiva de una amplia variedad de partes interesadas. Ejemplos de las restricciones son las barreras legislativas y burocráticas, incluidos los requisitos de inscripción onerosos, el acoso, la intimidación y el asesinato de defensores, la censura y la utilización de la legislación penal para sancionar a los trabajadores de la salud. En la actualidad estas restricciones están generalizadas en determinadas situaciones de conflicto⁷¹.

43. El Relator Especial sobre el derecho a la salud habla de un enfoque desequilibrado de los derechos humanos, en el que la realización plena del derecho a la salud se ve obstaculizada por restricciones indebidas en el disfrute de derechos civiles y políticos, lo que da lugar a que no se apliquen los principios de participación y empoderamiento, y debilita el papel esencial que puede desempeñar la sociedad civil en la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad⁷². En el contexto de la promoción de los derechos humanos en el seno de la Unión Europea, por ejemplo, las organizaciones de la sociedad civil han señalado las siguientes limitaciones: la falta de claridad y transparencia en cuanto a quién se consulta antes de adoptar las decisiones; el hecho de que no se celebren consultas sistemáticas con todos los principales agentes; el acceso limitado a la información sobre las iniciativas jurídicas o en materia de políticas, y el desconocimiento de los diferentes modos y métodos para recabar la participación de las partes interesadas en la formulación de leyes y políticas, de forma que sea significativa y eficaz⁷³.

44. A fin de conseguir una participación significativa, hay que reconocer a todas las partes interesadas e incluir a los que suelen quedar excluidos de los procesos participativos, como las personas con discapacidad, los niños, los jóvenes y adolescentes, las mujeres, las personas de edad y los habitantes de zonas remotas o rurales. Ejemplos de intervenciones

⁶⁹ Véase, por ejemplo, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), “Non-discrimination on responses to HIV” (2010), párrs. 18 a 22. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 54. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, *Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU* (Luxemburgo, 2017), pág. 39.

⁷⁰ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 54.

⁷¹ Alianza Mundial para la Participación Ciudadana (CIVICUS), “People power under attack: findings from the CIVICUS Monitor” (abril de 2017).

⁷² Véase A/HRC/29/33, párr. 58.

⁷³ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, *Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU* (Luxemburgo, 2017), págs. 39 y 40.

basadas en los derechos humanos son los siguientes: a) asegurar un entorno normativo, administrativo y financiero propicio para las organizaciones de la sociedad civil; b) fomentar, mediante actividades de formación y sensibilización, la capacidad de los titulares de derechos para participar y hacer valer sus derechos; c) velar por que se establezcan y/o refuercen mecanismos transparentes y accesibles a nivel comunitario, subnacional y nacional para obtener la participación de las partes interesadas y facilitar la comunicación periódica entre los titulares de derechos y los proveedores de servicios de salud; y d) asegurar la participación de las partes interesadas en el establecimiento de prioridades, en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de políticas y programas, y en los mecanismos de rendición de cuentas.

V. Buenas prácticas emergentes

45. La solicitud de contribuciones para el presente informe dio lugar a un gran número de comunicaciones, incluidos ejemplos de lo que podría considerarse buenas prácticas emergentes. Debido a limitaciones de espacio, a continuación se exponen solo algunos ejemplos emblemáticos; todas las comunicaciones pueden consultarse en el sitio web del ACNUDH.

46. Los criterios propuestos por el Relator Especial sobre el derecho a la salud en 2003, sobre las características que deben reunir las buenas prácticas en materia de salud, resultan útiles para determinar si una buena práctica relativa a la salud también constituye una buena práctica relativa al derecho a la salud. Desde la perspectiva del derecho a la salud, una buena práctica debe: mejorar de manera demostrable el disfrute de uno o más elementos del derecho a la salud por parte de una persona o un grupo de personas; prestar atención especial a los grupos en situación vulnerable, y ser compatible con el disfrute de todos los derechos humanos, en los procesos y resultados⁷⁴. Las prácticas que se ajustan a los criterios anteriores también mejoran la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, la participación activa e informada de individuos y grupos en las políticas y los programas y proyectos de salud, y los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas en relación con el derecho a la salud que sean eficaces, transparentes y accesibles⁷⁵.

Mejora del disfrute del derecho a la salud

47. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señaló como ejemplo la ampliación del acceso a la atención para las mujeres y niñas más pobres y marginadas, aquejadas de fístula obstétrica. En 2009, la organización Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania colaboró con el UNFPA y Vodacom, una empresa tecnológica de telefonía móvil, en un proyecto destinado a facilitar el acceso de mujeres y niñas a la reparación quirúrgica de la fístula a través de M-Pesa, un servicio de transferencia de dinero mediante teléfonos móviles. Ahora la reparación quirúrgica gratuita de la fístula que ofrece Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania es accesible a muchas mujeres y niñas, para las cuales los elevados costos de transporte de antes eran prohibitivos. Mediante la tecnología bancaria de móvil a móvil, ahora es posible transferir fondos a los enfermos de fístula para cubrir estos costos, con la ayuda de trabajadores de divulgación comunitaria, o “embajadores”, que localizan y ayudan a las mujeres y niñas afectadas por la fístula en sus comunidades locales. El UNFPA ha informado de que, desde que se puso en marcha el proyecto, el número de mujeres que ha recibido tratamiento para la fístula ha crecido de forma exponencial⁷⁶.

Atención específica a los grupos en situación vulnerable

48. Marruecos ha integrado los derechos humanos y la ética en la formación de médicos, dentistas y psicólogos sobre las pruebas de detección del VIH y la sífilis en las prisiones⁷⁷.

⁷⁴ Véase A/58/427, párr. 45.

⁷⁵ *Ibid.*, párr. 53.

⁷⁶ Comunicación del UNFPA, págs. 4 y 5.

⁷⁷ Comunicación de Marruecos, pág. 10.

En México, de resultas de un estudio cualitativo sobre la estigmatización y la discriminación en los centros de salud, realizado a partir de testimonios del personal sanitario, se ha elaborado material didáctico con destino a este personal para combatir la estigmatización y la discriminación⁷⁸.

Disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud

49. Con respecto a la mejora de la disponibilidad de medicamentos, tras la incorporación de nuevos medicamentos (para el tratamiento de la hepatitis C, la tuberculosis y distintos tipos de cáncer) a la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, en 2017, Malasia expidió una licencia de uso gubernamental para los antivirales de acción directa con el fin de permitir la importación de versiones genéricas de Sofosbuvir, un medicamento para el tratamiento de la hepatitis C⁷⁹.

Accesibilidad

50. En Marruecos, el Ministro de Salud ha establecido un conjunto de servicios específicos para las mujeres y los niños que son víctimas de la violencia, al que tienen acceso todos los ciudadanos marroquíes y todos los migrantes, independientemente de su situación migratoria. En 2017, Sudáfrica puso en marcha un plan nacional de lucha contra el VIH, destinado a reducir considerablemente las tasas de infección, la discriminación y la estigmatización proporcionando información, apoyo psicosocial y tratamiento a todos los miembros de la comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales⁸⁰. En 2017, Dinamarca suprimió la autoidentificación como transgénero de su lista de trastornos de salud mental, lo que representó una contribución importante a la lucha contra la estigmatización y la patologización de las diversas identidades de género⁸¹. En Portugal, la despenalización del consumo de drogas ha contribuido a reducir la estigmatización y a garantizar el acceso a los servicios de salud para todos, sin discriminación⁸².

51. Por accesibilidad se entiende también la accesibilidad económica a los establecimientos, bienes y servicios de salud. En Australia, el Programa Nacional de Inmunización es una iniciativa conjunta del Gobierno del Commonwealth y los gobiernos de los estados y territorios. Mediante la distribución de vacunas gratuitas a través de los proveedores de servicios de atención primaria de la salud, el Programa facilita el suministro de vacunas contra 17 enfermedades, como el sarampión, la difteria, la tosferina, el virus del papiloma humano y el meningococo del serogrupo C, a las que tienen acceso los niños, las familias y las personas de edad sin costo alguno⁸³. En 2012, las reformas del sistema de salud de México dieron lugar a una mejora del acceso a la cobertura sanitaria mediante la creación del seguro popular, que ofrece acceso universal a un conjunto integral de servicios de salud personalizados con protección financiera⁸⁴.

52. En lo que respecta a la accesibilidad de la información relativa a la salud, Francia ha introducido el sistema de etiquetado nutricional Nutri-Score, cuyo objetivo es mejorar la información nutricional en los envoltorios, de modo que los consumidores puedan escoger los alimentos de mayor valor nutricional.

Aceptabilidad cultural de los establecimientos, bienes y servicios de salud

53. En México se proporciona formación al personal sanitario para que atienda de manera culturalmente adecuada a los diferentes estratos de la población. Se han preparado protocolos de atención de la salud que prestan una atención particular a las mujeres indígenas y recuperan las prácticas tradicionales de las comadronas indígenas⁸⁵. Australia

⁷⁸ Comunicación de México, pág. 4.

⁷⁹ Comunicación del Grupo Principal para los Niños y los Jóvenes, pág. 2.

⁸⁰ Comunicación de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex, pág. 10.

⁸¹ *Ibid.*, pág. 3.

⁸² Comunicación de Students for Sensible Drug Policy, pág. 1.

⁸³ Comunicación de Australia.

⁸⁴ Comunicación de México, pág. 2.

⁸⁵ *Ibid.*

ha publicado el Plan Nacional de Salud para los Aborígenes y los Isleños del Estrecho de Torres 2013-2023, que ofrece un marco general para la prestación, por el sistema sanitario, de atención primaria, secundaria y terciaria de base empírica que sea culturalmente adecuada, de alta calidad, receptiva y accesible a los correspondientes titulares de derechos, sin discriminación ni racismo. Además, el Marco de Respeto por la Cultura de los Aborígenes e Isleños del Estrecho de Torres 2016-2026 incorpora principios sobre el respeto a la cultura en el sistema de salud de Australia, fomentando la competencia cultural de los servicios generales de atención primaria de la salud y respaldando la viabilidad continuada de los servicios sanitarios específicos para los indígenas⁸⁶.

La vigilancia y la rendición de cuentas en relación con el derecho a la salud

54. En el Ecuador, la Defensoría del Pueblo tiene el mandato constitucional de proteger y promover los derechos humanos de todos los ciudadanos, en particular mediante la protección del derecho a la salud. A este respecto, el país ha adoptado medidas, a nivel tanto nacional como regional para proteger a los titulares de derechos cuyo derecho a la salud haya sido vulnerado⁸⁷.

Participación comunitaria

55. En su comunicación conjunta, Aidsfonds e International HIV/AIDS Alliance ponen de relieve que las organizaciones comunitarias de personas infectadas por el VIH, las poblaciones clave y otras comunidades afectadas han desempeñado un papel fundamental en la superación de muchos de los principales problemas que plantea la respuesta al VIH, ya que su labor beneficia a las personas más afectadas por el VIH al prestar servicios esenciales para la prevención del VIH, dar apoyo para el seguimiento de los tratamientos y proporcionar otros servicios esenciales de salud, así como defender los recursos y los derechos humanos de las personas infectadas o afectadas por el VIH. Ejemplos de respuestas comunitarias en esta esfera son mothers2mothers, una iniciativa comunitaria de Sudáfrica que ha prestado asistencia a 1,2 millones de mujeres infectadas por el VIH en nueve países. Un elemento importante de la labor de mothers2mothers es la formación que se imparte a las madres infectadas por el VIH a fin de que ejerzan de mentoras, para prestar apoyo y asesorar a las mujeres embarazadas, y ayudarlas a acceder a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH⁸⁸.

VI. Conclusión

56. **La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible está firmemente anclada en los principios y normas de los derechos humanos. Por consiguiente, los derechos humanos ofrecen el contexto normativo y las normas internacionales para la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 y de los demás Objetivos relacionados con la salud, en función de la dignidad y la capacidad de actuación de los titulares de derechos. El marco del derecho a la salud puede contribuir a abordar algunos de los principales problemas que plantea la consecución de los Objetivos relacionados con la salud, en particular mediante la mejora de la salud de mujeres, niñas y adolescentes; la adopción de medidas para dar cumplimiento a la promesa de que nadie se quedará atrás, por medio de la obligación general de eliminar la discriminación y la marginación, y la garantía de una cobertura sanitaria universal. Un liderazgo firme y acciones decididas para respetar, proteger y cumplir plenamente el derecho a la salud, la garantía de una participación efectiva y el fortalecimiento de la rendición de cuentas contribuirían de manera significativa a la aplicación efectiva y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.**

⁸⁶ Comunicación de Australia, pág. 4.

⁸⁷ Comunicación de la Defensoría del Pueblo del Ecuador.

⁸⁸ Comunicación conjunta de Aidsfonds e International HIV/AIDS Alliance, págs. 2 y 3.