



## Asamblea General

Distr. general  
29 de abril de 2013  
Español  
Original: inglés

---

### Consejo de Derechos Humanos

#### 23º 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**

### **Resumen de la reunión de un día completo de duración sobre los derechos del niño**

### **Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos\***

#### *Resumen*

Este informe se presenta en cumplimiento de la resolución 22/32 del Consejo de Derechos Humanos, relativa al derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, en la que el Consejo solicitó a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparase un resumen de la reunión de un día completo de duración sobre los derechos del niño. En el informe se resumen los debates celebrados el 7 de marzo de 2013 durante dicha reunión, cuyo tema fundamental fue el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

---

\* Documento presentado con retraso. *Nota:* La reunión de un día completo de duración a que hace referencia el presente informe se celebró el 7 de marzo de 2013, una vez vencido el plazo oficial para la presentación de información (4 de marzo de 2013).

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Antecedentes .....	1–4	3
II. Dificultades para lograr la plena efectividad del derecho del niño a la salud .....	5–28	3
A. Declaraciones introductorias de la Alta Comisionada .....	6–7	4
B. Cuestiones tratadas por los participantes en las mesas redondas .....	8–16	4
C. Debate plenario .....	17–21	7
D. Observaciones finales .....	22–28	8
III. Realización del derecho del niño a la salud y mecanismos de rendición de cuentas .....	29–50	9
A. Observaciones del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental .....	30–31	10
B. Temas tratados por los participantes en las mesas redondas .....	32–37	10
C. Debate plenario .....	38–43	12
D. Observaciones finales .....	44–50	14

## I. Antecedentes

1. En su resolución 7/29, relativa a los derechos del niño, el Consejo de Derechos Humanos decidió dedicar, como mínimo, una reunión anual de un día completo a discutir varios temas concretos en relación con los derechos del niño, por ejemplo la determinación de los retos que se planteaban para la realización de esos derechos. En su resolución 19/37, el Consejo decidió dedicar su siguiente reunión anual de un día completo de duración al derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud. En esa misma resolución, el Consejo invitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a elaborar un informe sobre la cuestión (A/HRC/22/31) y a presentarlo al Consejo en su 22º período de sesiones, para que sirviera de base al día de debate anual sobre los derechos del niño.

2. Desde que se aprobó la resolución 7/29, el Consejo de Derechos Humanos ha celebrado una serie de debates temáticos sobre los derechos del niño, a saber:

- "20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: logros y retos futuros para su plena realización" (décimo período de sesiones);
- "Lucha contra la violencia sexual contra los niños" (13º período de sesiones);
- "La protección y la promoción de los derechos de los niños que trabajan y/o viven en la calle" (16º período de sesiones);
- "Los niños y la administración de justicia" (19º período de sesiones); y
- "El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud" (22º período de sesiones).

3. La reunión de un día completo de duración sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, celebrada el 7 de marzo de 2013, brindó una gran oportunidad para discutir de las dificultades para lograr la plena efectividad del derecho universal a la salud. Se examinaron los medios de promover el respeto del derecho del niño a la salud y los mecanismos de rendición de cuentas que debían establecerse para asegurar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados a este respecto. Se hizo hincapié en los determinantes sociales de la salud y en la interdependencia del derecho a la salud y otros derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño. La reunión consistió en dos mesas redondas, una sobre las dificultades para lograr la plena efectividad del derecho del niño a la salud y otra sobre el respeto del derecho del niño a la salud y los mecanismos de rendición de cuentas.

4. La reunión estuvo presidida por la Presidenta del Consejo de Derechos Humanos. El moderador de los debates de las mesas fue el editor jefe de *The Lancet*, Richard Horton. También participaron en la reunión representantes de los niños de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Haití.

## II. Dificultades para lograr la plena efectividad del derecho del niño a la salud

5. La Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos declaró abierta la reunión anual, tras de lo cual se proyectó un vídeo producido por Visión Mundial y Save the Children, con el título *Our health, our rights, our voices* (Nuestra salud, nuestros derechos, nuestra voz). En la mesa redonda de la mañana intervinieron la Subdirectora General de Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Flavia Bustreo; el Director del Programa Nacional de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Gustavo Giachetto; el Secretario General de la

Federación Internacional Terre des Hommes, Ignacio Packer; Tama, representante de los niños de Haití; Jonas, representante de los niños de Bolivia (Estado Plurinacional de); la Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, Najat M'jid Maalla, y Selina Amin, de Plan International Bangladesh.

## **A. Declaraciones introductorias de la Alta Comisionada**

6. En su declaración introductoria, la Alta Comisionada afirmó que el derecho a la salud es un derecho humano universal reconocido en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que dispone que los Estados deben adoptar medidas para disminuir la mortalidad infantil y en la niñez, así como para combatir las enfermedades y la malnutrición. Además, los Estados deben abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. La Alta Comisionada destacó que el derecho del niño a la salud debía interpretarse en sentido amplio, teniendo en cuenta todos los demás derechos que puedan influir en su ejercicio efectivo. La Alta Comisionada señaló que, además de los 6,9 millones de niños del mundo entero que morían cada año por causas prevenibles antes de los 5 años, cada hora morían 300 niños a causa de la malnutrición, fenómeno que, además, frenaba el crecimiento de 170 millones de niños en todo el mundo, según se había estimado. La Alta Comisionada destacó otras cuestiones que requerían una atención sostenida e inmediata, como la obesidad, la violencia, las lesiones y los accidentes, el uso de sustancias y la salud sexual y reproductiva. Señaló que el marcado aumento de los problemas de salud mental entre los adolescentes era un factor alarmante.

7. La Alta Comisionada recalcó que un enfoque basado en los derechos del niño a la salud ponía de manifiesto la necesidad de poner fin a la exclusión y reducir las desigualdades sociales en materia de salud entre los distintos grupos de niños. Para hacer plenamente efectivo el derecho de todos los niños a la salud, los Estados tenían la obligación de garantizar que la discriminación no afectase a la salud de los niños. Determinados grupos de niños —como los niños con discapacidad y con enfermedades crónicas, los niños migrantes, los niños de la calle, los niños internados en instituciones o privados del cuidado de sus padres, los niños víctimas de violencia y explotación sexual y los niños que vivían en zonas aisladas o desfavorecidas o en situaciones de extrema pobreza eran excesivamente vulnerables. La Alta Comisionada destacó que los niños necesitaban poder acceder a herramientas e instrumentos que les permitieran obtener reparación por la vulneración de sus derechos, entre ellos su derecho a la salud. En este contexto, acogió con satisfacción la ratificación por Alemania, el Gabón y Tailandia del tercer Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a un procedimiento de comunicaciones, y expresó el deseo de que se les sumaran pronto más países para que entrase en vigor lo antes posible.

## **B. Cuestiones tratadas por los participantes en las mesas redondas**

8. El moderador señaló que la jornada anual de debate había estado precedida por el Diálogo de Alto Nivel sobre salud enmarcado en la agenda para el desarrollo posterior a 2015, que tuvo lugar en Botswana del 4 al 6 de marzo de 2013. El Grupo de Alto nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015 había acordado unos principios clave en que basar la salud mundial después de 2015, entre los que figuraba la necesidad urgente de acelerar los progresos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El día anual de debate sobre los derechos del niño ofrecía la oportunidad de influir en la agenda para el desarrollo después de 2015 en lo relativo al derecho de los niños a la salud.

9. En cuanto a los progresos en la reducción de la mortalidad infantil, la Sra. Bustreo declaró que, si bien todos los años morían 6,9 millones de niños por causas prevenibles, se había logrado reducir de forma significativa la mortalidad infantil, que había disminuido de 12 millones de niños en 1990 a menos de 7 millones en 2011. Esta reducción era testimonio del compromiso de los Estados de proteger la vida de los más pequeños. La Sra. Bustreo recordó, sin embargo, que el 10% de las embarazadas de todo el mundo eran niñas menores de 18 años y que el 30% de las muertes maternas se producía en este grupo. Así pues, este era un aspecto de la salud infantil en el que los resultados no habían sido satisfactorios. La mayoría de las muertes seguían registrándose entre las niñas y jóvenes más desfavorecidas y eran menester nuevos progresos a este respecto. Seguían sin reflejarse en la legislación nacional las obligaciones jurídicamente vinculantes asumidas por los Estados en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales. La OMS se había comprometido a acabar con las muertes prevenibles de millones de niños, pero para ello era necesario actuar y disponer de recursos. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos podía traducirse en una mejora de la salud de los niños.

10. El Dr. Giachetto describió las medidas adoptadas por el Uruguay para combatir las enfermedades no transmisibles y su impacto en el disfrute efectivo del derecho a la salud, y dijo que su país aplicaba un enfoque transversal en sus políticas sanitarias y había creado programas especiales para las embarazadas, los niños y los adolescentes. También se había tenido en cuenta el problema de la mortalidad entre los lactantes. Se habían adoptado medidas para promover la formación en lo relativo a una nutrición adecuada y se habían aprobado leyes para reducir la incidencia del cáncer y el uso indebido de sustancias, entre otras cosas mediante una exitosa política de prevención del tabaquismo y programas de vacunación contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano. El Dr. Giachetto añadió que el Uruguay aplicaba un enfoque incluyente al derecho a la salud y por consiguiente también tenía en cuenta el efecto en la salud de otros indicadores sociales. En concreto, destacó la importancia del vínculo existente entre la salud y la educación.

11. El Sr. Packer se refirió a los problemas que experimentaban los niños para acceder a servicios sanitarios de calidad. Para lograr un acceso universal a la salud era necesario determinar cuántas personas quedarían comprendidas en el sistema, cuánto costaría y por dónde habría que empezar. Era posible lograr una cobertura sanitaria universal en países de ingresos bajos y medios, pero para ello era necesario que los gobiernos y la comunidad internacional adoptasen medidas audaces. La atención debía centrarse en las madres, los niños y la salud reproductiva. Una primera medida esencial era eliminar los obstáculos de carácter financiero con que se enfrentaban los servicios de salud y acabar con los servicios de pago. Una segunda medida era garantizar una financiación sólida y sostenida de la salud, con cargo tanto a los ingresos nacionales como a la asistencia oficial para el desarrollo. En tercer lugar, los Estados debían invertir en la calidad de la atención, y por ende en cada uno de los componentes del sistema de salud, desde la información hasta los trabajadores de la salud, tanto en la atención primaria como en la secundaria. Estaba demostrado que no era conveniente que los servicios de atención primaria fueran de pago. En cuanto a los costos de la cobertura sanitaria universal, los datos obtenidos en algunos países ponían de manifiesto que un aumento del 10% en los presupuestos nacionales de la salud daría lugar a una mayor utilización de los servicios y a mejoras en la salud infantil.

12. Tama, representante de los niños de Haití, dijo que el derecho de los niños a la salud se consideraba menos prioritario que otros derechos, como el derecho a la educación. Los cambios en los gobiernos llevaban aparejados cambios en los programas, que en ocasiones podían incidir en el acceso de los niños a los servicios de salud. Tama añadió que, en Estados frágiles o tras situaciones de emergencia, nunca había suficientes médicos ni centros de salud y la calidad de los servicios sanitarios era mala. Pidió al Consejo de Derechos Humanos que prestara atención a estas cuestiones en sus debates.

13. Jonas, representante de los niños de Bolivia (Estado Plurinacional de), dijo que estar sano permitía al niño jugar, estudiar y estar con su familia. El derecho a la salud era importante porque la humanidad no era posible sin la salud. Muchas muertes podían prevenirse con una atención oportuna y a un costo razonable. La atención de la salud debía ser asequible y al alcance de todos, fueran mujeres indígenas, pobres, jóvenes o las personas sin educación. Había que promulgar leyes nacionales que permitieran realizar cambios significativos, y en su elaboración debían participar los niños, que no solo eran el futuro, sino también el presente.

14. La Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía se refirió al impacto de la explotación sexual en los niños y las vinculaciones existentes entre los sectores de la salud y la justicia. Declaró que la violencia y la explotación sexual vulneraban los derechos del niño y tenían un efecto devastador en su salud y su desarrollo físicos y psicológicos. Entre las consecuencias físicas figuraban el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, los abortos y otras complicaciones graves que podían llegar a ocasionar incluso la muerte del niño. Psicológicamente, algunos de los posibles efectos eran la pérdida de la autoestima, automutilaciones, comportamientos adictivos y suicidios. Resultaba difícil detectar las distintas formas de violencia y explotación sexual, porque a los niños les avergonzaba discutir de estos temas y en ocasiones el agresor era un conocido del niño o de su familia. Se debería formar a todo el personal médico para que fuera capaz de detectar síntomas de abuso físico y sexual en los niños, y adoptar leyes que mejorasen la preparación del personal médico, especialmente con procedimientos para denunciar esos casos. La protección de los niños víctimas de violencia y explotación sexual debería ser pluridisciplinar y abordar los aspectos jurídicos, psicológicos, sociales y médicos de este problema. El personal sanitario era fundamental no solo para detectar los casos de violencia sexual sino también para denunciar estos casos a las autoridades y para prestar servicios de seguimiento. Los agresores debían ser sancionados y había que proteger e indemnizar debidamente a las víctimas.

15. En cuanto a la vinculación existente entre el matrimonio infantil y la vulneración del derecho de un adolescente a la salud sexual y reproductiva, la Sra. Amin dijo que las estadísticas sobre matrimonio infantil eran desalentadoras. Señaló que, en los países en desarrollo, más del 30% de las niñas se casaban antes de los 18 años y, paradójicamente, los padres consideraban el matrimonio una forma eficaz de proteger a sus hijas de posibles abusos. Los matrimonios de niñas pequeñas, que son una violación de los derechos del niño, iban acompañados a menudo de embarazos precoces que ponían en peligro la vida de las madres y de los hijos. Seguían ignorándose las devastadoras consecuencias de los matrimonios infantiles y era necesario adoptar todas las medidas necesarias para poner fin a esta práctica nociva. Con miras al desarrollo de los niños, era fundamental impartir formación sobre salud en las escuelas, sobre todo porque con ello se proporcionaba a niños las herramientas necesarias para adoptar las decisiones adecuadas en la vida. La Sra. Amin añadió que los niños y los adolescentes tenían derecho a recibir información exhaustiva y adecuada para su edad sobre la sexualidad y la reproducción, como parte de la educación sanitaria. En el marco de los programas de estudio debía ofrecerse a los niños y a los adolescentes una educación sexual amplia que no se limitase a la mera información sobre reproducción biológica y transmisión de enfermedades.

16. A modo de recapitulación, el moderador destacó cuatro aspectos clave del debate: las pruebas, la sociedad, la voz y la oportunidad. Señaló que reunir pruebas fiables era fundamental para resolver los problemas, que los niños eran un elemento esencial de la sociedad y que la salud de los niños dada la medida del compromiso político y moral, presente y futuro, para la consecución de un mundo más justo. Las voces de los niños eran fundamentales en un proceso participativo y había que aprovechar todas las oportunidades para hacer efectivo el derecho de los niños a la salud.

## C. Debate plenario

17. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra las delegaciones de Alemania, Armenia, Bahrein (en nombre del Grupo de los Estados Árabes), el Congo, el Consejo de Europa, los Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, los Estados Unidos de América, Estonia, el Gabón (en nombre del Grupo de los Estados de África), Haití, el Irán (República Islámica del), Jordania, Nepal, Noruega, la Organización de Cooperación Islámica, el Paraguay, Qatar, la República Árabe Siria, Sri Lanka, el Sudán, Suecia (en nombre de un grupo interregional), Suiza, Tailandia, Turquía, la Unión Europea y el Uruguay. También intervinieron en el debate instituciones nacionales de derechos humanos y organizaciones no gubernamentales (ONG) como el Consejo Nacional de Derechos Humanos de Marruecos, Human Rights Watch, Caritas Internationalis, Defensa de Niñas y Niños Internacional y Visión Mundial Internacional.

18. Durante el debate muchas delegaciones hicieron referencia a los esfuerzos que se estaban realizando a nivel nacional para garantizar el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud. Los Estados Miembros reiteraron que hacer efectivo el derecho del niño a la salud era indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención sobre los Derechos del Niño, y que era necesario aplicar un enfoque holístico a la promoción del derecho del niño a la salud. También se mencionó la importancia de que todos los niños tuvieran igual acceso a una atención sanitaria de calidad, sin discriminación alguna, y se señaló que las desigualdades en el acceso a la atención de la salud a menudo guardaban relación con problemas de carácter más estructural, como los sistemas de salud inadecuados, una financiación de la salud insuficiente o la falta de recursos humanos. Los conflictos, la pobreza y la falta de agua salubre en determinadas zonas impedían a los niños hacer efectivo su derecho a la salud. La mortalidad infantil, las epidemias y el VIH/SIDA seguían siendo un problema grave en determinados países. Muchos delegados hicieron referencia a la situación de los niños y a su vulnerabilidad en situaciones de ocupación extranjera.

19. Muchos oradores señalaron que debía prestarse más atención a la asistencia y cooperación técnicas para promover los derechos humanos de los niños, entre ellos el derecho a la salud. Algunas delegaciones expresaron su apoyo a la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud adoptada en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, el 21 de octubre de 2011, así como al Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. Se dijo que la inscripción de los nacimientos era fundamental para reforzar los derechos del niño, entre ellos el derecho a la salud. Se hizo mención de la importancia de tratar a los niños de forma atenta, sensible, justa y respetuosa durante todas las intervenciones asistenciales. Muchas delegaciones afirmaron que el interés superior del niño era la consideración primordial; a este respecto se habló también de la promoción de la lactancia materna. Se destacó la contribución fundamental de la familia al bienestar y la protección de los niños.

20. Se hizo hincapié en la educación sanitaria, y en particular en la información y la educación sobre salud sexual y reproductiva para niños y adolescentes. Se dijo que los derechos sexuales y reproductivos no recibían suficiente atención y resultaban vulnerados por prácticas dañinas tales como la mutilación genital femenina o los matrimonios de niños. Se plantearon otras cuestiones como los avances tecnológicos y la selección prenatal del sexo del bebé, la importancia de las iniciativas de concienciación sobre el derecho del niño a la salud y la necesidad de que los Estados adoptaran medidas adecuadas para reducir la mortalidad infantil.

21. Las ONG expresaron su preocupación por la salud ambiental de los niños y exhortaron a los gobiernos a que adoptaran medidas para impedir la exposición de los niños

a sustancias químicas tóxicas y abordar el efecto de estas sustancias en la salud. Otro motivo de preocupación eran los niños migrantes y los Estados debían considerar prioritariamente el interés superior del niño en todos los casos, independientemente de cuál fuera la situación migratoria del niño o de sus padres. Se llamó la atención sobre la vulnerabilidad y las necesidades de los niños detenidos y los niños en conflicto con la ley.

## **D. Observaciones finales**

22. El moderador resumió los principales asuntos tratados e invitó a los participantes a responder a una serie de preguntas, entre ellas si la cobertura sanitaria universal era una panacea, qué problemas planteaban las políticas multisectoriales para el acceso de los niños a la atención de la salud, cuál era el papel de la familia y cómo abordar las opiniones contrastantes en materia de educación sexual, cuál era el posible papel de las instituciones nacionales de derechos humanos en la promoción y protección del derecho del niño a la salud y qué más podía hacer la comunidad internacional para apoyar y reforzar las instituciones dedicadas a la salud infantil.

23. En cuanto a la cobertura sanitaria universal, la Sra. Bustreo dijo que la labor de la OMS se inspiraba en el principio del acceso universal a los servicios de salud. El problema principal era cómo medir esa universalidad. Destacó que lo primero que debían hacer los países era registrar cuándo y dónde nacían los niños, dónde vivían y a qué servicios tenían acceso. Señaló que las organizaciones internacionales tenían la responsabilidad de compartir ejemplos de prácticas óptimas con los Estados, e hizo referencia a un ejemplo concreto del Brasil. Recalcó la importancia de establecer y facilitar redes de conocimientos entre los países, y en particular el intercambio Sur-Sur. Por último, dijo que las organizaciones internacionales también tenían un importante papel que desempeñar en el fomento de la capacidad.

24. El Dr. Giachetto dijo que en el Uruguay se estaba articulando una amplia política multisectorial a fin de garantizar un enfoque holístico e integral de la salud que incorpore los determinantes sociales para la población. Las cuestiones relativas a la salud no podían abordarse exclusivamente desde el Ministerio de Salud Pública, sino que debían intervenir muchos y muy distintos actores. El enfoque adoptado no solo incluía la salud, sino también la educación, la vivienda, la seguridad social y otros sectores. El Dr. Giachetto destacó la importante contribución de las familias en cada una de las fases de desarrollo del niño. Destacó que el fin último de los enfoques multisectoriales era garantizar un acceso completo a servicios de salud de calidad, centrados en las necesidades especiales de la población, sobre la base del principio de igualdad. Este planteamiento comprendía la identificación de los grupos vulnerables y el diseño de programas específicos para atender sus necesidades, así como la determinación de un conjunto de necesidades básicas de todos los niños, independientemente de su nacionalidad, su raza o su lugar de origen.

25. El Sr. Packer dijo que las instituciones nacionales de derechos humanos, incluidos los defensores del pueblo, eran fundamentales para conocer las opiniones de los niños y la comunidad sobre la salud infantil. Se refirió a las medidas prácticas con las que los Estados podrían garantizar un enfoque de salud infantil basado en los derechos humanos, y destacó que los Estados tenían que trabajar en el ámbito de la responsabilidad social y el comportamiento de los individuos en las comunidades, por ejemplo en materia de discriminación. Entre las medidas concretas figuraban ofrecer información a nivel comunitario y atraer la participación de los dirigentes que se dedican a la integración en las comunidades.



26. La Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía habló de la mutilación genital femenina y otras formas de violencia sexual, y dijo que debían encontrarse soluciones tanto a nivel nacional como a nivel internacional. A nivel nacional era fundamental tomar iniciativas de concienciación que permitieran modificar la percepción del público. La Relatora destacó la importancia de garantizar el acceso a sistemas rápidos de apelación e indemnización y la necesidad de un marco legislativo eficaz. A nivel internacional eran menester una cooperación adecuada, acciones concertadas y sistemas eficaces de vigilancia y rendición de cuentas. La Relatora insistió en el problema de las normas y derechos mundiales y la soberanía e integridad cultural de los Estados. Los derechos del niño eran derechos humanos, pero la forma en que se traducían en la práctica era un asunto complejo. En las culturas católica e islámica, algunos consideraban que la educación sexual podía incitar a una sexualidad precoz, cuando en realidad el objetivo era ofrecer información y herramientas para que los jóvenes pudieran entender las cuestiones relativas a su sexualidad. La violencia sexual y la explotación infantil no podían tolerarse en ninguna cultura. Era importante ofrecer información científicamente demostrada sobre la educación y la conducta sexuales para poder modificar las actitudes.

27. La Sra. Amin dijo que se debía informar a los padres y a otros interesados, como las élites locales, sobre los derechos de los niños. Destacó que la educación incidía en la mortalidad maternoinfantil y en otros aspectos de la salud. En Bangladesh las aptitudes para la vida formaban parte de los planes de estudio de las escuelas. Asimismo, se movilizaba a los medios nacionales y se difundía información a enteras comunidades a través de emisoras de radio comunitarias.

28. Jonas dijo que los niños podían ayudarse mutuamente en cuestiones relacionadas con el derecho a la salud. La mayoría de los padres consideraban tabú las cuestiones relativas al sexo y las relaciones sexuales, y los niños con VIH/SIDA y las adolescentes embarazadas eran discriminados. Había que respetar a todos los niños, y los niños debían respetarse mutuamente. Jonas y Tama agradecieron a todos los presentes la oportunidad ofrecida de participar en el debate anual de un día de duración.

### **III. Realización del derecho del niño a la salud y mecanismos de rendición de cuentas**

29. La mesa redonda de la tarde empezó con un mensaje sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, al que dio lectura la Relatora Especial en nombre del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. A continuación se proyectó un vídeo titulado *Our health, our right and our action* (Nuestra salud, nuestro derecho y nuestra acción) producido por Save the Children y Visión Mundial. En la mesa redonda de la tarde participaron Paul Hunt, catedrático de Derecho de la Universidad de Essex; Maria Herczog, miembro del Comité de los Derechos del Niño; Marta Santos Pais, Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños; Isabel de la Mata, Consejera Principal para la Salud Pública de la Dirección General de Salud y Consumidores de la Comisión Europea; Thomas Chandy, presidente ejecutivo de Save the Children India, y Oscar Parra, abogado senior de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

## **A. Observaciones del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

30. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental declaró que el derecho del niño a la salud no solo implicaba el acceso a servicios de atención sanitaria, sino también libertades tales como el derecho del niño a controlar su salud y su cuerpo y otros derechos, como el de disponer de un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Esto imponía a los Estados tres clases de obligación: la obligación de no dificultar el goce de ese derecho, la obligación de velar por la no injerencia de terceros y la obligación de "realizar". Esta última obligación consiste en que los Estados deben adoptar las medidas necesarias (tanto legislativas como administrativas, presupuestarias y judiciales) para hacer plenamente efectivo el derecho del niño a la salud, derecho este que debe interpretarse a la luz de los principios generales de la Convención sobre los Derechos del Niño.

31. El Relator Especial puso de relieve el papel fundamental de las políticas y las leyes nacionales. La legislación nacional debía reflejar la obligación del Estado de respetar, proteger y realizar el derecho del niño a la salud. Sin embargo, con demasiada frecuencia las leyes, los reglamentos y las políticas dificultaban la plena realización de ese derecho. Por ejemplo, las leyes penales y otras restricciones jurídicas podían impedir a los adolescentes acceder a determinados productos de salud sexual y reproductiva (como métodos anticonceptivos), prohibir directamente determinados servicios (como el aborto en condiciones seguras) o impedir el suministro de información sobre salud sexual o reproductiva en los planes de estudio de las escuelas. Estas leyes y restricciones debían derogarse, porque afectaban a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y podían entrañar una violación del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte fundamental del derecho de los niños a la salud y los Estados deberían garantizar su plena efectividad, impartiendo una educación sexual amplia y permitiendo un acceso completo y asequible a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, confidenciales, adaptados a cada edad y de probada eficacia. El Relator Especial hizo hincapié en que la rendición de cuentas era fundamental para garantizar que los titulares de obligaciones cumplieran sus obligaciones en materia de derechos humanos. Entre los mecanismos nacionales de rendición de cuentas figuraban los sistemas de queja, las medidas de recurso judicial y los órganos de supervisión independientes, que debían ser accesibles, eficaces y transparentes. Todo niño que hubiera sido víctima de una vulneración del derecho a la salud debería tener acceso a recursos efectivos (judiciales o de otro tipo), tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

## **B. Temas tratados por los participantes en las mesas redondas**

32. Refiriéndose al significado de la rendición de cuentas y la pertinencia de los derechos humanos en este contexto, el Sr. Hunt declaró que las cuestiones relativas a la salud y los derechos humanos no podían ser tratadas de forma independiente por los abogados o los expertos en salud, sino que era necesario que colaborasen entre sí. En lo relativo al derecho del niño a la salud, la rendición de cuentas significaba, en primer lugar, vigilar lo que pasaba (utilizando, entre otras cosas, indicadores y criterios de referencia y reuniendo otro tipo de información, como "informes paralelos" preparados por ONG). En segundo lugar, la rendición de cuentas conllevaba el examen de los indicadores, los criterios de referencia, los informes paralelos y otra información y la minuciosa evaluación del grado de cumplimiento de los compromisos contraídos en materia de derechos humanos. Y en tercer lugar, la rendición de cuentas requería la adopción de medidas

correctivas. La rendición de cuentas judicial era una medida extremadamente importante, pero de último recurso. En el contexto de la salud del niño la rendición de cuentas era fundamental y exigía una colaboración entre los profesionales del derecho, los derechos humanos, la salud y otros sectores. Dicho esto, no era más que una fase del ciclo de las políticas, que contaba con otras fases como el análisis de la situación, la formulación de las políticas, la presupuestación y la aplicación. El derecho del niño a la salud debía integrarse en cada una de estas fases. El Sr. Hunt reiteró que esto no podía hacerse sin una colaboración estrecha, sostenida y respetuosa entre la comunidad de los derechos humanos y la comunidad de la salud.

33. Maria Herczog mencionó la necesidad de que el Comité de los Derechos del Niño tuviera un mayor impacto a nivel nacional, y dijo que los puntos más débiles del Comité eran la falta de un mecanismo de seguimiento y las dificultades para supervisar la aplicación nacional de sus observaciones finales. Correspondía a los Estados traducir las recomendaciones del Comité en planes, políticas y programas concretos y garantizar la disponibilidad de fondos suficientes para ello. La Sra. Herczog destacó la importancia de que todo el personal de la salud conociera la dimensión de derechos humanos de la salud de los niños. También era preciso que se informara y se hiciera participar a otros actores clave como los empresarios y los medios de comunicación, que resultaban fundamentales para la prevención de enfermedades y para garantizar el mayor acceso posible a la salud. Algunos ejemplos recientes de medidas adoptadas por el Comité para reforzar el derecho del niño a la salud eran las cuatro nuevas observaciones generales formuladas sobre el derecho del niño a la salud, su derecho a jugar, el interés superior del niño y las responsabilidades de las empresas con respecto a la salud de los niños. La Sra. Herczog insistió en este último punto, en particular respecto de las empresas que dañaban el medio ambiente o empleaban a niños, y enumeró las lagunas que la industria farmacéutica debía colmar para garantizar el respeto del derecho del niño a la salud.

34. La Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños habló de los efectos de este tipo de violencia y de los mecanismos de rendición de cuentas que eran menester para prevenirla y erradicarla. Dijo que la violencia ejercida contra los niños afectaba a todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, y recalcó la importancia de los profesionales de la salud para detectar esos actos de violencia. Los hospitales solían ser el primer punto de contacto de los niños que habían sido víctimas de violencia sexual, por lo que era importante que estuvieran preparados para brindar asistencia inmediata y de urgencia a estos niños. En un número creciente de países los centros de atención de la salud se habían convertido en plataformas sólidas que permitían ofrecer una atención integral a los niños víctimas de violencia, y en ellos los servicios sanitarios y sociales, la policía y los magistrados podían colaborar con miras a proporcionar el apoyo y asesoramiento técnico necesarios, proteger a las víctimas y asegurar su rehabilitación, siempre en el interés superior del niño. La Representante Especial explicó que la violencia contra los niños podía conducir a la depresión y a la baja estima de sí mismo, y estaba asociada con trastornos alimenticios y del sueño, comportamientos agresivos y temerarios, la toxicomanía, el trabajo sexual y los embarazos precoces. Cada tres segundos se casaba una niña menor de 18 años, normalmente por la fuerza y con un hombre mucho mayor, y estos matrimonios precoces empeoraban a su vez el problema de los embarazos precoces. La Representante Especial señaló que el riesgo de mortalidad materna de las niñas que se quedaban embarazadas antes de los 15 años era cinco veces superior al de las mujeres que se casaban en la veintena. Observó que la rendición de cuentas presentaba distintos aspectos, y que la legislación era un componente clave de ella. Era necesario prohibir por ley toda forma de violencia contra los niños y dejar sin efecto cualquier justificación que pudiera legitimar prácticas que la propagaran. También hacían falta más datos y pruebas, y mayores inversiones en personal médico y normas éticas. La

cooperación con los jóvenes y su empoderamiento eran parte importante de la lucha contra el maltrato infantil.

35. Según la Sra. de la Mata, era importante concentrarse en las poblaciones desfavorecidas, aplicando políticas amplias que abarcaran cuestiones relativas a la educación, la salud y la nutrición y permitieran ofrecer asistencia a los grupos vulnerables. La Comisión Europea estaba abordando cuestiones tales como los estilos de vida poco saludables y la situación de los niños con discapacidad y con problemas de salud mental. La Unión Europea contaba con diversos instrumentos financieros, como el Fondo Social Europeo y el Fondo de ayuda europea para los más necesitados. Se había creado un conjunto de indicadores específicos para cuestiones de salud, como la mortalidad infantil o de los lactantes, con los que supervisar la evolución de la situación, y se había asignado a los Estados miembros objetivos concretos y medidas que aplicar. La crisis económica hacía aún más necesario demostrar el valor de la salud y promover la inversión en los jóvenes, también en su salud. La Unión Europea tenía estrategias para promover determinados programas y actividades de salud y para combatir las desigualdades sociales.

36. Refiriéndose al papel de la sociedad civil y de los mecanismos de rendición de cuentas, el Sr. Chandy dijo que el Estado no era el único responsable de la rendición de cuentas y que para ser efectivos había que colaborar con la sociedad civil y con las comunidades. El marco para la rendición de cuentas debía basarse en la corrección de las insuficiencias en materia de información e igualdad. Con respecto a las desigualdades, el Sr. Chandy indicó la estrecha correlación existente entre la pobreza y la discriminación. Para colmar las lagunas de información era necesario concienciar al público de los distintos derechos existentes. Era fundamental que las comunidades y sus dirigentes hicieran oír su voz. Los niños también debían tener voz y voto en el debate, puesto que eran quienes mejor podían defender sus intereses. El Sr. Chandy reiteró la necesidad de una cooperación entre el Gobierno, la sociedad y las comunidades para garantizar la rendición de cuentas, y destacó la importancia de colaborar en vez de competir.

37. El Sr. Parra hizo referencia a resoluciones judiciales sobre el derecho del niño a la salud en América Latina. La Corte Constitucional de Colombia había juzgado el caso de unos padres que habían denunciado que a sus hijos se les había negado el acceso a vacunas contra la meningitis porque los planes de salud de esas familias no las preveían. La Corte Constitucional señaló que, dado que los niños no podían participar en el proceso legislativo y el Ejecutivo no les ofrecía protección, correspondía al poder judicial proteger sus derechos. En otro caso ocurrido en la Argentina, se había negado medicación a un niño por restricciones de presupuesto. En ese caso, la Corte Suprema decretó que el Estado no podía interrumpir un tratamiento en curso alegando falta de recursos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos tramitó una causa relativa a la Argentina, en la que un niño con discapacidad mental había solicitado una indemnización adecuada por concepto de rehabilitación y los tribunales nacionales habían tardado demasiado en pronunciar su fallo. La Corte Interamericana determinó que ese retraso había incidido negativamente en los derechos del niño, incluido su derecho a la salud, y que debía crearse un equipo interdisciplinar para atender a su situación.

### **C. Debate plenario**

38. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra las delegaciones de Argelia, Australia, Bélgica, el Brasil, Bulgaria, Chile, China, Costa Rica, Cuba, Egipto, España, la Federación de Rusia, Indonesia, Malasia, Maldivas, el Perú, Rumania, la Santa Sede, Sierra Leona, Sudáfrica y la Unión Africana. También intervinieron en el debate la Organización Internacional del Trabajo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Otras intervenciones

corrieron por cuenta de la Comisión de Derechos Humanos de Sudáfrica, la Al Zubair Charity Foundation, la Maarij Foundation for Peace and Development, Human Rights Advocates y el Consortium for Street Children.

39. En el curso del debate los Estados afirmaron que el derecho universal de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud era una prioridad mundial urgente y destacaron la importancia de que la salud infantil formara parte de la agenda para el desarrollo después de 2015. Los participantes mencionaron la situación de los niños afectados por la coinfección de VIH y tuberculosis, hicieron ver que no se disponía de fórmulas farmacéuticas pediátricas y pidieron mayores inversiones y colaboración con las empresas farmacéuticas y los centros de investigación para preservar la vida y la dignidad de los niños que vivían con el VIH o estaban infectados simultáneamente por el VIH y la tuberculosis. Algunos se refirieron a los progresos de la salud infantil registrados en las últimas décadas. Se mencionaron ejemplos de estrategias para establecer sistemas de atención primaria de la salud capaces de poner los avances médicos al alcance de toda la población y mejorar el acceso a agua salubre, el saneamiento y la nutrición infantil. También se habló de amplios programas de vacunación de niños.

40. Durante el diálogo se reiteró la preocupación por los 6,9 millones de niños que morían todos los años por causas prevenibles y se mencionó la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos para el acceso de los niños a los servicios de salud. Algunos oradores hicieron referencia al estigma social que suponían los embarazos en edad adolescente y dijeron que los programas educativos y las campañas mediáticas debían contribuir más a concienciar a la población a este respecto. Se habló de la importancia de la educación sanitaria y de las campañas y el material de promoción para prevenir y combatir los problemas de la obesidad y el uso indebido de sustancias, así como del importante apoyo de la cooperación internacional a los sistemas sanitarios y los planes nacionales de salud. También se habló de los 150 millones de niños implicados en trabajos peligrosos y en las peores formas de trabajo infantil y de sus dificultades para hacer efectivo su derecho a la salud.

41. Algunos oradores hicieron referencia al informe del ACNUDH sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (A/HRC/22/31) y señalaron que se deberían haber tenido más en cuenta los antecedentes históricos y el contexto cultural. En particular, Egipto expresó su profunda decepción por el informe y dijo que, en vez de contribuir a los esfuerzos nacionales y mundiales, el informe adoptaba un enfoque de alto riesgo y no tenía en cuenta las distintas particularidades culturales ni las prioridades de los países en desarrollo. Dijo que la incidencia de comportamientos de riesgo entre los niños, como actividades sexuales entre menores o uso indebido de sustancias, no debía aducirse como justificación para aceptar esas prácticas y que estas debían erradicarse mediante la orientación parental, la creación de conciencia y la promoción de la abstinencia. Egipto pidió que su postura y su tajante rechazo de este enfoque y del contenido del informe se hicieran constar claramente en el informe resumido.

42. Se afirmó que la falta de rendición de cuentas era el principal obstáculo para el disfrute del derecho del niño a la salud. Se mencionó el importante papel desempeñado por las instituciones nacionales de derechos humanos, el poder judicial y los medios de comunicación en el marco de la rendición de cuentas.

43. Las ONG aludieron a la situación de los niños en campamentos de refugiados que podían correr el riesgo de ser reclutados como niños soldados, y a la importancia de la prevención, la educación relativa a la salud y las campañas de concienciación. Se señalaron a la atención los millones de niños que vivían o trabajaban en la calle y las dificultades que tenían para hacer efectivo su derecho a la salud, incluido el acceso a servicios sanitarios.

## D. Observaciones finales

44. El moderador invitó a los participantes en las mesas redondas a abordar una serie de temas, como la aplicación de mecanismos de rendición de cuentas eficaces, la reflexión sobre los sistemas de valores familiares y culturales, la garantía del acceso a servicios de salud de grupos desfavorecidos como los niños de la calle y la necesidad de que las políticas de salud tuvieran en cuenta a la salud mental.

45. El Sr. Hunt dijo que, para aplicar mecanismos de rendición de cuentas eficaces, era necesario un conjunto de instrumentos que incluyera a los parlamentos, las instituciones nacionales de derechos humanos y los comisionados de los derechos del niño, las autoridades sanitarias locales, las direcciones generales de los hospitales y los comités de pacientes. Asimismo, todas las medidas de rendición de cuentas debían basarse en la transparencia y la participación. Al decidir la forma en que podría mejorarse el diálogo entre los organismos de las Naciones Unidas para asegurar el respeto del derecho del niño a la salud, los organismos debían colaborar en proyectos específicos, con ánimo cooperante, a petición de órganos intergubernamentales como el Consejo de Derechos Humanos. El moderador añadió que los órganos rectores de los organismos debían tener en cuenta sistemáticamente el derecho a la salud y dar a los funcionarios de esos organismos espacio político para establecer colaboraciones con otros organismos en cuestiones relativas a los derechos humanos. El moderador invitó a los Estados del Consejo de Derechos Humanos a comunicar a esos órganos sus opiniones sobre el derecho a la salud.

46. La Sra. Herczog destacó la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos, y en particular de la Convención sobre los Derechos del Niño como marco e instrumento universal que debía incorporarse a la agenda para el desarrollo después de 2015. La familia era fundamental y era necesario realzar su papel, así como el de los padres. Había que ayudar a los padres a idear métodos no violentos de base jurídica. La Sra. Herczog insistió en que elaborar buenos indicadores era una tarea compleja pero señaló el excelente conjunto de indicadores existente para los derechos del niño en la primera infancia.

47. La Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños declaró que cuestiones tales como los embarazos de adolescentes creaban estigmas y debían abordarse teniendo presentes las distintas particularidades culturales. Había que dar a los niños la oportunidad de recibir información y participar como asociados en todos los procesos. En cuanto a la vinculación existente entre el derecho del niño a la salud y el derecho de la mujer a la salud, la Representante Especial hizo referencia a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, que se ocupaba también del problema de la violencia contra las mujeres y las niñas, y señaló la coincidencia en el tema. Destacó la necesidad de incrementar la colaboración entre las organizaciones de defensa de los derechos de la mujer y las organizaciones de defensa de los derechos del niño.

48. La Sra. de la Mata afirmó que había necesidad de políticas específicas para garantizar la inclusión de las comunidades marginadas, así como de declaraciones de mayor alcance sobre el acceso a la salud. Declaró que, a nivel europeo, se habían elaborado programas específicos para determinados grupos de niños, como los romaníes, y que la salud mental era un tema central de la salud infantil.

49. El Sr. Chandy reiteró que la familia era la unidad básica para la protección del niño. Dijo que la rápida urbanización de Asia y África había arrojado a la calle a un número cada vez mayor de niños, y que era fundamental construir estructuras que permitieran atenderles y abordar las cuestiones relativas a su salud y su protección.

Como muchos de los niños que vivían y trabajaban en la calle podían entrar en conflicto con la ley, también debía prestarse la debida atención a los sistemas de justicia juvenil.

50. El Sr. Parra explicó que, cuando los gobiernos no avanzaban en la aplicación del derecho a la salud, la intervención judicial podía acabar llenando ese vacío. Con respecto al trabajo infantil declaró que, en el sistema interamericano, la Comisión se había referido al problema específico del trabajo infantil y lo había vinculado a la vulnerabilidad de los niños sumidos en la pobreza. Dijo que la eliminación del trabajo infantil era un objetivo prioritario para los Estados de la región.

---